ROK VI WARSZAWA 1932 GRUDZIEŃ ZESZYT XII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE
FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Rzeżączka u kobiet

Streszczenie zbiorowe i poglądowe.

podała
DR. ZOFJA JASTRZĘBSKA

Gonokok w przeciwieństwie do prawie wszystkich znanych bakterji chorobotwórczych osiedla się na zdrowej , niewykazującej ubytków śluzówce i to najchętniej na pokrytej nabłonkiem cylindrycznym. Gonokoki znajdujemy głównie na powierzchni śluzówki, a także i pomiędzy komórkami powierzchownych warstw nabłonka, nigdy nie zajmują one wnętrza komórek nabłonka. Gonokok przenosi się z miejsca na miejsce tylko biernie, jest niewytrzymały na niską ciepłotę, a tembardziej na wysychanie. Najkorzystniejszem środowiskiem dla dwoinki wiewiórowej jest słabo zasadowe jakkolwiek gonokok znosi także kwas mlekowy w słabych stężeniach. Gonokoki produkują endotoksyny. Odporność na rzeżączkę właściwie nie istnieje, można najwyżej tylko mówić o miejscowych warunkach niesprzyjających zakażeniu skutkiem pewnej budowy organizmów narażonych na zakażenie. Z powodu szybkiego obumierania dwoinki zakażenie odbywa się głównie drogą współżycia płciowego, jednak możliwe też jest przeniesienie się zakażenia zapomocą zanieczyszczonej ręki mydła, gąbki, bielizny, w kąpieli, a znane są też przypadki przeniesienia rzeżączki instrumentem lekarskim.

Kobiety są na rzeżączkę o wiele wrażliwsze od mężczyzn, którzy niejednokrotnie dopiero po dłuższym współżyciu z kobietą zakażoną zapadają na rzeżączkę. Kobieta zakaża się zawsze od chorego mężczyzny, nawet gdy u niego rzeżączka istnieje w okresie wylęgania, gdy jeszcze niema żadnego wycieku lub gdy w końcowym okresie leczenia już wyciek ustąpił.

Biologiczne cechy dwoinki wiewiórowej nie tłumaczą jeszcze mnogości i obrazu klinicznego rzeżączki u kobiet. I tak naprzykład pochwa kobiet dorosłych, nie ciężarnych jest tylko wyjątkowo siedzibą zaka-

żenia nawet wtedy, gdy zakażona szyjka opróżnia swoją wydzielinę do pochwy. Dzieje się to skutkiem tego, że gonokok wyjątkowo tylko utrzymuje się na powierzchni i w nabłonku wielowarstwowym, pozbawionym ujść gruczołów, do pewnego stopnia zeskórowaciałym, a z upodobaniem sadowi się na delikatnej śluzówce o nabłonku cylindrycznym, gdzie ma łatwiejszy dostęp do substancji kitowej i w licznych gruczołach. W czasie ciąży naskutek rozpulchnienia śluzówki powierzchowne warstwy nabłonka silniej złuszczają się i na tej nieco delikatniejszej śluzówce osiedlenie się gonokoka jest możliwe.

Kolpitis gonorrhoica może istnieć także, jeżeli z jakiejkolwiek innej przyczyny u niecieżarnych mamy do czynienia z dużym wysiękiem. W końcu u kobiet starych atroficzna śluzówka pochwy nie stanowi dostatecznej ochrony przeciw gonokokom.

Miejscowo rzeżączka zależy więc od rodzaju nabłonka i budowy śluzówki, dalej od dostatecznej ilości pożywki dla gonokoka. W zamkniętej przestrzeni np. pyosalpinx gonokok szybko ginie skutkiem wyczerpania się pożywki i skutkiem niejako uduszenia się we własnych toksynach.

Wrota zakażenia stanowi albo cewka moczowa wraz z gruczołami przycewkowemi Skene'go i gruczołami Bartholiniego, albo szyjka maciczna. Mało jest prawdopodobnem, aby plemniki mogły zanieść gonokok dalej do trzonu.

Zestawienia *Menge'go* wykazują, że w przypadkach rzeżączki ostrej u kobiet najczęściej bywa zakażona cewka 95%, potem szyjka maciczna 80%, trzon w 60%— przydatki w 25%. W przypadkach rzeżączki przewlekłej natomiast cewka tylko w 30% — szyjka w 95%, trzon w 80% przydatki w 50% — gruczoły przedsionka w 20%.

Wieloletnie spostrzeżenia dowodzą nie tylko wzmożenia się ilości przypadków rzeżączki u kobiet w czasie i po wojnie, ale i przebieg jej bywa gwałtowniejszy, mniej pomyślny, zwłaszcza w miastach portowych.

Warunki dla symbiozy gonokoków z innemi bakterjami są niekorzystne skutkiem szkodliwości endotoksyny gonokoka i domieszki innych bakteryj w pożywce. Przy bardzo licznej florze w wydzielinie rzadko spotyka się gonokoki. Pomimo to mieszane zakażenia są znane, zwłaszcza z ropnemi, zdania są tylko podzielone co do kolejności zakażenia. Faktem jest, że np. w połogu w endometrium często ostatecznie bakterje ropne wyrugowują gonokoki. Ropa w starszych ropniach trąbki bywa zwykle jałowa, a zaostrzenie się procesu zapalnego znaczy się nowem wtargnięciem świeżych gonokoków do ropnia.

Rozpoznanie rzeżączki u kobiet bez zbadania mikroskopowego jest wykluczone. W świeżych przypadkach zawsze znajdujemy gonokoki po obmyciu zewnętrznych części z banalnej flory i po wyciśnięciu przez pochwę wydzieliny z szyjki. Wydzielinę z cewki należy badać dwukrotnie przed i po oddaniu moczu. Barwienie namazów powinno być wykonane sposobem Gramma, który pozwala wyróżnić ujemnie barwiące się dwoinki od szeregu innych bakteryj. Wydzielina początkowo surowicza zamienia się szybko w ropną. Następnie gonokoki przedostają się do wnętrza leukocytów głównie obojętnochłonnych.

Przyczyna wewnątrz komórkowego umiejscowienia się gonokoków przez długi czas była kwestją sporną. Dzisiaj przeważnie wszyscy godzą się na to, że mamy do czynienia ze zjawiskiem fagocytozy, posiadającej pewne cechy swoiste, różniącej się od fagocytozy w jej postaci klasycznej. Charakterystyczną cechą tego zjawiska jest to, że obie strony: ciałka ropne i gonokok nie odczuwają w sposób bardziej dotkliwy tego zbliżenia się.

Ławrynowicz ujmuje to zjawisko, jako swoisty i charakterystyczny rodzaj symbjozy gonokoka i ciałka ropnego. Wewnątrzkomórkowe ułożenie gonokoków znajdujemy głównie w okresie ostrym. Ułożenie wewnątrzkomórkowe mogą dawać i inne drobnoustroje, głównie meningokoki i ziarenkowce (micrococcus catarrhalis). W praktyce nie wchodzą one w różniczkowaniu w rachubę, gdyż wyjątkowo tylko powodują sprawy chorobowe na terenie właściwym dla gonokoka. Tak więc wewnątrzkomórkowe ułożenie gonokoków można uważać za zjawisko w znacznym stopniu ułatwiające rozpoznanie rzeżączki w nabłonku śluzówki. Okres zdrowienia zaczyna się od regeneracji mikroskopowych ubytków w nabłonku śluzówki. Ubytki wypełniają się nabłonkiem wielowarstwowym płaskim nawet, gdy pierwot-

nie był cylindryczny (metaplazja). Te szarawe wysepki, widoczne niekiedy i gołem okiem, mogą się utrzymywać lata, a pod warstwą tego nabłonka przyczajone gonokoki mogą, po wielu latach wydostawszy się na powierzchnię, być powodem nawrotu. Są to przypadki t. zw. gonorrhoea latens.

Cewka moczowa w przypadkach świeżego zakażenia wysłana jest śluzówką żywo czerwoną, która w postaci wyniosłości wydostaje sią po za ujście zewnętrzne. Jednym z pierwszych objawów rzeżączki cewki jest łatwe krwawienie jej śluzówki.

Wydzielina początkowo rzadka, żółtawa zawiera oprócz gonokoków nabłonki i nieliczne komórki okrągłe. Stopniowo staje się gęstą, ropiastą, zielono-żółtą. Po kilku dniach zmniejsza się, a po 4-ch tyg. można ją z cewki wydobyć tylko przez masowanie.

W początkowych okresach istniejące uczucie bolesnego pieczenia najczęściej przy oddawaniu moczu, czasem swędzenie w późniejszych okresach znika. Niekiedy wszystkie dolegliwości są tak nieznaczne, że przechodzą niespostrzeżenie.

W załamkach śluzówki tworzą się rzekome ropnie, które opróżniają się do światła cewki, ale mogą także być powodem powstania przetoki pochwowej. Zwężenia są rzadkie — praktycznie bez znaczenia. Drobne polipowate wyniosłości w ujściu cewki — ciemno-czerwone skutkiem rozszerzenia naczyń są często jedynym objawem w okresie przewlekłym, który wskazuje na to, że w cewce zakażenie jeszcze utrzymuje się. Pamiętać należy o możliwości istnienia uchyłków tuż przy ujściu zewnętrznym cewki, w których w razie zakażenia cewki zawsze znajdują się gonokoki.

Ostra rzeżączka cewki może według *Bumma* w najlepszym razie po upływie miejwięcej 2 miesięcy bez leczenia ustąpić, należy jednak pamiętać o możliwości utrzymywania się metaplastycznych wysepek, pod któremi gonokoki mogą się przyczaić przez długi okres czasu.

Pęcherz, jako wysłany nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, ulega zakażeniu chyba w wyjątkowych okolicznościach (ciąża, anemiczne stany śluzówki). Niekiedy obserwuje się w przebiegu rzeżączki t. zw. cystitis colli, zapalny stan śluzówki szyi pęcherza lecz obraz ten dla rzeżączki mało jest znamienny, gdyż znajduje się go i bez zakażenia wiewiórem. Ascendowanie infekcji jeszcze wyżej zdarza się jeszcze rzadziej. Ginekolodzy natomiast mają sposobność spostrzegać nieraz przypadki przebicia się ropnia wiewiórowego trąbki do pęcherza i stąd wtórnego zakażenia pęcherza.

Gruczoły przedsionka (glandulae vestibulares maiores) czyli gruczoły przycewkowe Skenego, jako wysłane nabłonkiem cylindrycznym tem łatwiej ulegają zakażeniu. Gruczołów tych jest 4, po dwa z boku ujścia cewki. Mogą się one jednak znajdować w liczbie 3, 2, 1 lub wcale nie istnieć. Ujście ich może się niekiedy otwierać do cewki i wtedy jest widoczne tylko po rozciągnięciu silnem zewnętrznego ujścia cewki.

Do gruczołów przedsionkowych większych zalicza się także gruczoły Bartholiniego, które są również wysłane nabłonkiem cylindrycznym. Udział tych gruczołów w zakażeniu zwłaszcza obustronny nie jest konieczny. Często bywa zajęty tylko jeden gruczoł. Według autorów niemieckich zawsze zakażone są obydwa gruczoły tylko stopień ich zmian klinicznych bywa różny.

Zatkanie przewodu zakażonego gruczołu następuje bardzo szybko — tworzy się rzekomy ropień, który uwypukla większą wargę sromową w jej dolnej części. Często przyłącza się zakażenie bakterjami ropnemi np. staphyl. — pyogenes aureus. Wyłącznie gonokokowy ropień jest rzadkością. O ile w gruczole istnieje tylko zastój wydzieliny, można przez ucisk gruczołu wydzielinę wycisnąć, o ile mamy do czynienia z ropniem i na czas nie rozpoczniemy należytego leczenia, ropień opróżnia się sam, najczęściej w kierunku wewnętrznej powierzchni wargi sromowej większej. W tych gruczołach gonokoki utrzymują się lata całe, a wtedy zaczerwienienie w otoczeniu ujścia gruczołów Bartholiniego często stwarza obraz t. zw. „macula gonorrhoica“ plamkę podobną do ukąszenia pchły. Objaw ten o ile jest obustronny, jest do pewnego stopnia dla rzeżączki patognomoniczny.

Rozpoznanie wyraźnie zmienionych gruczołów Bartholiniego nie przedstawia żadnych trudności. W okresach jednak wczesnych, gdy brak wyraźnych zmian w tych gruczołach lub w przypadkach przewlek-

łych, gdy wszystkie odczyny zapalne gruczołu już ucichły, koniecznem jest uciśnięcie gruczołu do wydobycia kro⁻li wydzieliny ropiastej lub tylko mętnej, w której znajduje się z łatwością gonokoki.

Przedsionek pochwy i srom są skutkiem budowy śluzówki na zakażenie odporne. Wyjątek stanowią tylko gruczoły przedsionkowe mniejsze glandulae vestibulares minores, gołem okiem nie widoczne, które otaczają wejście do pochwy, a które mogą zawierać gonokoki.

Pomimo odporności sromu i przedsionka u osób niedbających o czystość gromadząca się pomiędzy wargami w fałdach około łechtaczki wydzielina maceruje nabłonek, a powstałe w ten sposób drobne nadżerki mogą zakażać się gonokokami i innemi bakterjami i stać się punktem wyjścia większych ubytków, które następowo gojąc się pozostawiają pigmentowane blizny, Ten proces może się toczyć na udach, w pachwinach i kroczu.

Odczynem na stałe drażnienie wydzieliną tryprową są wegetacje na skórze i śluzówce sromu i odbytu t. zw. condylomata accuminata, kłykciny kończyste, które najczęściej znajdują się u tryprowych, ale mogą powstać i w przypadkach obfitej wydzieliny innego charakteru.

Wielkość, do jakiej mogą dochodzić kłykciny kończyste, (zwłaszcza u ciężarnych) ilustruje najlepiej fakt, że u rodzących mogą być przyczyną cięcia cesarskiego.

Pochwa, jak już powiedziano, może uledz zakażeniu tylko wyjątkowo i tylko w pewnych odcinkach: u dziewczynek, u kobiet bardzo młodych, u zaniedbanych. U kobiet bliskich okresu przekwitania, lub już niemenstruujących, nabłonek w pochwie jest silnie ścieńczały i w fałdach, a także w tkance podnabłonkowej spotyka się gonokoki. Na śluzówce pochwy w pobliżu przedsionka widać niekiedy gołem okiem silnie zaczerwienione błyszczące wysepki, które odpowiadają ubytkom w nabłonku. W podobnych przypadkach resztki błony dziewiczej, lub fałdy śluzówek w otoczeniu wejścia do pochwy mogą dać skutkiem silnego zaczerwienienia obraz t. zw. grzebienia koguciego, który zwłaszcza od bladej śluzówki reszty pochwy u staruszek wyraźnie się odcina.

Typowy obraz kolpitis granularis spotyka się prawie wyłącznie u ciężarnych, które tuż przed zajściem zachorowały na rzeżączkę. Cała śluzówka wtedy pod dotykiem jest szorstka, zwłaszcza w dolnej trzeciej części. Wrażenie to powstaje stąd, że drobnonacieczone brodawki wyczuwa się jako twarde wyniosłości wielkości łebka szpilki. Wydzielina ropna jest wtedy bardzo obita i niekiedy rzeczywiście można powiedzieć, że wypływa strumieniem. *Bumm* nie łączy tego stanu chorobowego z rzeżączką. *Menge* natomiast określa je jako schorzenie paragonoreiczne i rzeczywiście nazwa ta jest odpowiednia, gdyż kolpitis granularis gravidarum najczęściej znajduje się u ciężarnych tryprowych, u których w grę wchodzą i inne zapalne bodźce. Po 4-ch do 5-ciu tygodniach sprawa ta zwykle ustępuje i nigdy nie przechodzi w okres przewlekły.

Szyja maciczna jest organem najczęściej dokniętym i możliwość ascenzji z niej jest najbardziej prawdopodobna.

Śluzówka jej silnie przylega do podłoża i dlatego w miernym tylko stopniu brzęknie. Często silnie zaczerwieniona wystercza w orificium externum, które zamyka śluzowo-ropny, żółto-zielony czop. Już przy lekkiem dotknięciu kanał szyjki krwawi. Po 4-ch do 6u tygodniach, po przejściu sprawy w przewlekłą, zaczerwienienie blednie, a wydzielina staje się więcej śluzową. Śluz może być jedynie zmętniały, a nawet przejrzysty, a jednak zawierać gonokoki. Nie należy się przeto nigdy kierować wyglądem wydzieliny z szyjki. W okresie przewlekłym następuje i w szyi zjawisko metaplazji. Stwierdzono, że w szczególnie uporczywych przypadkach wydzielina wyskrobana ezą platynową nie wykazuje obecności gonokoków, natomiast mała ostra łyżeczka wydobywa je nazewnątrz. Gonokoki podobno mogą przedostawać się i bardzo głęboko do samej podstawy gruczołów.

Znajdowano je nawet w ovula Nabothi. Są to jednak wyjątki, naogół i w szyji gonokok żyje na powierzchni. Typowa dla przewlekłych okresów nadżerka t. zw. erosio zwykle większa jest na tylnej części pochwowej jak na przedniej.

Rzeżączkowe schorzenie szyjki nie wywołuje żadnych dolegliwości podmiotowych. Brak jest bólów, brak krwawień, brak zaburzeń w menstruacji.

Śluzówka odbytu najczęściej zakażana bywa wydzieliną spływającą z dróg rodnych, znane są jednak inne sposoby zaka-

żenia np. przez immissio penis in rectum, przez użycie zanieczyszczonych kanek. *Stickel* w przypadkach przeważnie przewlekłych znajdował w 15% zajęcie odbytnicy.

Ciąża, poród, połóg i do pewnego stopnia menstruacja przez silny dopływ krwi, przez powstanie duzych erozji i ran nie mogą być bez wpywu na przebieg rzeżączki, która zwykle wśród takich przejść ascenduje do trzonu. Pozbawione własnych ruchów gonokoki mnożą się wzdłuż dróg krwionośnych i wciągane bywają ssącym ruchem przy zmianie prądów krwi. Podobnie mogą wpływać na przebieg rzeżączki znaczniejsze wysiłki fizyczne, ciężka praca a przedewszystkiem nadużycia in Baccho et in Venere. U ciężarnych ascenzja możliwą jest do 3 mies.—później ciąża całkowicie zamyka światło macicy, a tem samem odcina gonokokom dostęp do przydatków od dolnych dróg rodnych. Przeszkodą w przedostawaniu się gonokoków wzwyż jest także niekiedy wąskość wewnętrznego ujścia macicy i ujścia trąbek.

Pomimo istnienia wszystkich momentów ułatwiających ascenzję może się zdarzyć, że ta nie następuje. Do dziś dnia sprawa jest sporną czy śluzówka trzonu istotnie bywa zakażana gonokokami, czy też stanowi jedynie przejście dla gonokoków spływających z przydatków.

Nagromadzenie się wydzieliny w jamie macicy powoduje bóle, podniesienie ciepłoty, a przy głębszem wtargnięciu gonokoków skutkiem podrażnienia perimetrium powstają utrudnienia w defekacji i oddawaniu moczu. Wydzielina może mieć domieszkę krwi. Dalej następują zaburzenia w menstruacji, które jednak są przemijające i rzadko przekraczają okres półroczny. Ascenzja rzeżączki o ile następuje w połogu, to zwykle wśród objawów gwałtownych t. j. okresie, gdy jama macicy jest jeszcze jedną wielką raną. Ciepłota podnosi się do 30—40°, drobne szybkie tętno nie jest rzadkim objawem. Obraz kliniczny uzupełnia objawy podrażnienia otrzewnej. Trąbki w tym okresie zwykle są jeszcze nie zajęte. Ostre te objawy uciszają się w 3-im lub 4-ym tygodniu. Ascensja może dopiero nastąpić łącznie z pierwszą menstruacją po porodzie, w tych wypadkach trudno jest wykluczyć świeże zakażenie od męża, któremu długa abstynencja była nie do zniesienia.

Trąbki zakażają się niekiedy odrazu bezpośrednio po zakażeniu szyji i trzonu, najczęściej jednak dopiero po pewnym czasie trwania rzeżączki w trzonie. Z trzonu zakażenie przedostaje się do trąbek po wytworzeniu się większego ciśnienia w jamie macicy, gdzie gromadzi się wydzielina, która skutkiem obrzęku śluzówki ma utrudniony odpływ do szyjki. Chwilę wtargnięcia zakażenia do trąbek cechują podobne objawy jak przy zakażeniu trzonu, jednak jeszcze gwałtowniejsze, a zwłaszcza z wyraźniejszemi objawami podrażnienia otrzewnej. Okolica przydatków jest bolesna na dotyk. Dopóki ujście trąbki jest drożne. trąbki zaledwo dają się wymacać. W tym okresie możliwe jest jeszcze zupełne wyleczenie i restitutio ad integrum. W mniej pomyślnie przebiegających przypadkach ciepłota dochodzi do 40° i objawy podrażnienia otrzewnej utrzymują się przez wiele tygodni. W proces zapalny zostają wciągnięte jajniki i fimbrje, przez ich zlepienie ujście trąb zamyka się, otrzewna na dużej powierzchni jest zapalnie zmieniona.

W fałdach błony śluzowej trąbki przez proces sklejania otorbiają się drobne ropnie, które tu i owdzie powodują węzłowate zgrubienia trąbki (salpingitis nodosa). O ile pomiędzy temi ropniami tworzy się komunikacja i nastąpi wolny dopływ ropy do jamy macicznej można przypuszczać, że czynność trąbki powróci do normy. Może jednak zdarzyć się, że drobne i większe ropnie zamkną światło trąbki, nie będą się ze sobą komunikować, a wtedy dany jajnik odciętą ma drogę do macicy (pyosalpinx). W takim otorbionym ropniu już po kilku tygodniach skutkiem braku odżywiania i nadmiaru własnych toksyn, gonokoki obumierają. *Menge* przypuszcza, że skutkiem resorbcji ropy twór ten może się zamienić w torbiel surowiczą (hydrosalpinx).

Sporną do dziś dnia jest kwestja, czy równocześnie z gonokokami mogą wtargnąć do trąbek inne bakterje. Najprawdopodobniej bakterje pochodzące z kiszek przy istniejących zrostach mogą dostać się także drogą limfatyczną lub bezpośrednio skutkiem chwilowego otwarcia się początkowo zamkniętego rzeżączkowego ropnia trąbki. Takie wtórne zakażenie możliwe jest także drogą krwionośną. Szereg autorów twierdzi, że zaostrzenia się ropniaka jajowodu

bardzo rzadko powodowane jest świeżym wtargnięciem gonokoków, najczęściej wtórnym zakażeniem przez bacterium coli albo innemi mikrobami.

Jajniki: Oddzielenie rzeżączki trąbek od jajników może być tylko sztuczne. Nabłonek jajników skutkiem zakażenia gonokokami na powierzchni szybko obumiera, w fałdach jednak dosyć długo utrzymuje się bez zmiany. Sam jajnik głównie cierpi przez to, że stale jest niejako zanurzony w wysięku, powoli wciągnięty w zrosty. Jego czynność może dłuższy czas odbywać się prawidłowo. Stopniowo tworzą się coraz liczniejsze torbielki z nieopróżnionych folikułów. W niektórych przypadkach udaje się gonokokom wtargnięcie do wnętrza jajnika. O ile gonokok wtargnie do otwartego po opróżnieniu z jajka folikułu szybko zamienia go w drobny ropień. Często gonokok zakaża corpus luteum. Powstałe z tego zakażenia ropnie są większe. Wnęka jajnika też ulega zakażeniu, a powstałe stąd ropnie pomiędzy blaszkami ligamentum latum o ile są drobne mogą się zresorbować, pozostawiając bliznę, o ile są większe opróżniają się do pochwy lub do kiszki. Przy tak daleko idących zmianach czynność jajnika stopniowo staje się wadliwą, a wreszcie ustaje zupełnie. W miarę jak zmiany zapalne ustępują pojawiają się w następstwie zrostów i blizn objawy nieprawidłowego położenia macicy i związane z tem dolegliwości.

Otrzewna i sieć zakażane bywają bezpośrednio przez kontakt z ropą, który ułatwia w znacznym stopniu peristaltyka jelit. Może się także zdarzyć, że gonokok wprost przedostaje się przez ścianki trąbki na otrzewną. Duże ilości włóknika w wysięku szybko prowadzą do zrostów i tem tłumaczy się fakt, że w większości przypadków zmiany zapalne ograniczają się do miednicy małej. Wolne przestrzenie pomiędzy poszczególnemi organami i kiszkami zamieniają się w drobne ropnie. Większe zwykle nie tworzą się, chyba w jamie Duglasa, w których zejście może być rozmaite pamiętać jednak należy, że przy wysiłkach fizycznych przy nadużyciach płciowych lub u szczególnie usposobionych kobiet np. u młodych niedokrwistych dopóki ropień silnie jeszcze nie ograniczył się może się otworzyć do jamy brzusznej. Peritonitis gonorrhoca diffusa jest jednak zjawiskiem bardzo rzadkiem i według wielu autorów zdarza się tylko w przypadkach zakażeń mieszanych.

W przypadku wyłącznie gonokokowego zajęcia otrzewnej, rokowanie jest dobre bez względu na to czy wypuścimy ropę drogą otwarcia jamy brzusznej, czy też pozostawimy jamę brzuszną zamkniętą. Spostrzegano także u wiewiórowych kobiet rozlane objawy zajęcia otrzewnej z obecnością bacterium coli, gronkowców i łańcuszkowców bez obecności gonokoków. Te przypadki przebiegały ciężej, kończyły się zejściem śmiertelnem. W długi czas po wygaśnieciu procesu zapalnego w przydatkach guzy takie w czasie menstruacji skutkiem silniejszego przypływu krwi i limfy dają kliniczny obraz zaostrzenia.

Objawy i przebieg zależne są od umiejscowienia zakażenia. Stosunkowo najmniejszy wpływ na przebieg schorzenia wymiera żywotność samego gonokoka.

O wzmożonej żywotności gonokoka możnaby mówić w tych rzadkich przypadkach, w których rzeżączka bez sprzyjającego momentu jak menstruacja, poród, połóg, zakażenie odrazu ascenduje w górę aż do jajnika. Duży wpływ na przebieg kliniczny ma osobniczy sposób oddziaływania na zakażenie. Skoro zakażona początkowo tylko cewka powoduje szereg przykrych dolegliwości — i skłania kobietę do leczenia się, to w tych warunkach wyleczenie może być szybkie i radykalne. Jeżeli zakażenie powoduje nieznaczne tylko dolegliwości, kobieta uważa się za zdrową, zwłaszcza jeżeli coitus zakażający był równocześnie deflorującym i nie podejrzewając obecności rzeżączki, zgłasza się do leczenia późno, gdy najkorzystniejsza chwila dla leczenia przeminęła. Rzeżączka wtedy zwykle zajmuje już szyję i gdy tam istnieje czas dłuższy wydzielina może być prawie przejrzystą i bez użycia prowokacji nie udaje się wykazać obecności gonokoków. Tę postać nazwano postacią ukrytą gonorrhea latens. U tych kobiet naprzemian od czasu do czasu zjawiają się gonokoki to w szyjce to w cewce i może się zdarzyć, że całe lata nawet kobieta taka nie zakaża, a jednak pewnego dnia może zakazić gonokokami, które wydobyły się z pod ogniska metaplastycznego nabłonka z głębi śluzówki. Odróżnić te przypadki od przypadków nie wiewiórowego kataru szyji niewielkiego stopnia—jest wprost niemożliwością. Co do ascensji zakażeniu, to u jednych kobiet pomimo bra-

ku sprzyjających okoliczności ascensja następuje szybko, u innych przeciwnie rzeżączka wykazuje dużą skłonność do ograniczenia się do dolnych dróg. Nie można tego zjawiska kłaść na karb różnej żywotności gonokoka, gdyż o ile wda się „ktoś trzeci" w bliższy kontakt z taką parą przewlekłych gonoroików, u wszystkich trojga wybucha ostra rzeżączka, u kobiet ascendująca. Konstytucjonalne i indywidualne właściwości odgrywają w przebiegu pewną rolę. U niedorozwiniętych, bledniczych lub konstytucjonalnie mniej wartościowych kobiet obserwujemy cięższy przebieg rzeżączki. Po wojnie zauważono wzrost ilości przypadków rzeżączki ascendującej o ciężkim przebiegu. Superinfekcja w rzeżączce jest częsta i zdarza się właściwie zawsze w małżeństwie, gdy jedno z małżonków stale od drugiego naprzemian dodatkowo zakaża się.

Rzeżączkę kobiecą podzielić można na 2 duże grupy: 1) rzeżączka dolnych odcinków czyli rzeżączka otwarta, wydzielina obfita w gonokoki, 2) rzeżączka górnych odcinków czyli zamknięta. Granicę dla tych 2-ch grup stanowi orificium internum uteri. Obie grupy mają okres ostry, stopniowo przechodzą w podostry i o ile nie zostają wyleczone przechodzą w przewlekły. W rzeżączce dolnego odcinka w 4 —6 tygodni może nastąpić wyleczenie lub przejście w okres przewlekły, który jeszcze mniej sprawia dolegliwości niż ostry. *Wagner* wspomina o rzadkich postaciach powolnej ukrytej rzeżączki u kobiet, u których pomimo braku jakichkolwiek dolegliwości okresowo w szyjce gonokoki zjawiają się. Są to t. zw. czasowe nosicielki gonokoków. Z chwilą ascensji rzeżączka dolnych odcinków albo utrzymuje się w dalszym ciągu, albo ustępuje.

Rzeżączka górnych odcinków jest schorzeniem ciężkiem. Wysoka ciepłota, bóle w podbrzuszu i podrażnienie otrzewnej, które zwykle utrzymują się tak długo jak ciepłota to zn. 3 — 4 dni. Charakterystycznem są dla tej rzeżączki nieproporcjonalnie duże cierpienia w stosunku do dobrego stanu ogólnego. Całkowite uspokojenie się ostrych zapalnych objawów następuje po 2-ch miesiącach, rzadko wcześniej, poczem zjawiają się inne zaburzenia — czynności jajników, nieprawidłowego miesiączkowania. T. zw. postać nawrotowa, przyczem nawroty występują nie częściej jak co 4 tygodnie, może być z powodu znacznej utraty krwi i obfitego ropienia nawet niebezpieczną (cachexia gonorrhoica). Istnieją kobiety, które pomimo nawet znacznych zmian w przydatkach stosunkowo mało cierpią, większość ich jednak czuje się stale chorą i jest niezdolną do wykonywania funkcji płciowych.

Zapłodnienie. Ostra rzeżączka dolnych odcinków, a nawet przewlekła z powodu olbrzymiej ilości wydzieliny przeszkadza przedostaniu się plemnika. Jednakże z chwilą, gdy wydzielina cokolwiek zmniejsza się, zapłodnienie staje się możliwem. O ile rzeżączka trzonu usposabia do poronienia — do dziś dnia jest kwestja sporną. Naogół jednak rzeżączka niezaprzeczalnie jest najczęstszą przyczyną niepłodności. Znane jest określenie *Noeggerath'a* niepłodności przy jednem dziecku (Einkindersterilität) gdyż zwykle zakażenie następuje z pierwszym zapłodnieniem. Rzeżączka trąbek bezspornie usposabia do ciąży zamacicznej. Momentem usposabiającym do poronienia są zmiany położenia macicy naskutek zrostów.

Rozpoznanie i leczenie. Rozpoznanie, jak wynika, może być bardzo łatwe i bardzo trudne. W świeżych przypadkach prawie zawsze znajdujemy gonokoki, a nawet w przewlekłych, tak że nie pozostaje jak tylko wykonywać liczne namazy. Przy pewnej wprawie gonokoki znajduje się coraz częściej. Do pobierania wydzieliny wygodną jest tępa cienka mała łyżeczka, ewentualnie owinięta w watę pałeczka. Z cewki i gruczołów wydzielinę należy wyciskać. Zaburzenia w menstruacji i bóle macicy wskazują na zajęcie trzonu, o ile przydatki są wolne. Wydzieliny z trzonu nie należy pobierać do badania, gdyż przy tym zabiegu można sprowadzić ascenzję.

W przypadkach przewlekłych należy szukać gonokoków przedewszystkiem w szyjce. Prowokacje cewki i gruczołów Bartholiniego rozcieńczonym Lugolem albo 10% roz. azotanu srebra dają najlepsze wyniki i są nieszkodliwe. Co do szyjki należy się powstrzymać od prowokacji, gdyż te sposoby powodują zwężenie szyjki. Ogólnym sposobem prowokacyjnym są wstrzykiwania szczepionek lub preparatów białkowych. Przy braku gonokoków zadanie lekarza jest o wiele trudniejsze. Chodzi nietylko o to aby rozpoznać rzeżączkę, lecz także aby ją móc wykluczyć. Ogólnie utrzymuje się zdanie, że dopiero wielokrotne (12—30)

namazy bezgonokokowe wykonane po prowokacjach miejscowych i ogólnych pozwalają na wykluczenie rzeżączki. Jeżeli się jednak pamięta, że nawet po 100 namazach bezgonokokowych znajdowano gonokoki, to musimy przyznać, że nie można wogóle mówić o wyleczeniu rzeżączki, jakkolwiek — zdaniem wielu autorów — rzeżączka u kobiet jest uleczalna, a nawet może być samowyleczalną.

W rozpoznawaniu różniczkowem w grę wchodzi appendicitis, prawostronna pyelitis i gumma tuberculosum, gruźliczy guz — ten ostatni rzadszy, zwykle w związku z gruźlicą innych organów, zwłaszcza sieci, zwykle długi czas jednostronny w przeciwieństwie do guzów rzeżączkowych, które są obustronne, nierówne. *Fromme* poleca w przypadkach guzów przydatków zastosować ½cm³. szczepionki gonokokowej; o ile potem pojawi się wzmożenie bolesności przydatków, i podniesienie ciepłoty o 1½ stopnia, — to z dużem prawdopodobieństwem można mówić o rzeżączce. Niekiedy jednak obustronne stare zmiany rzeżączkowe niemożliwością jest odróżnić od gruźliczych. Należy zaznaczyć, że zakażenie połogowe częściej jest jednostronne i parametralna tkanka jest prawie zawsze równocześnie zajęta. Anamneza daje pewne wskazówki w odróżnieniu ciąży zamacicznej. Pewne trudności rozpoznawcze mogą spowodować także mięśniaki i guzy jajników. Niekiedy koniecznem jest wykonanie próbnej laparatomji, o ile przy niej znaleziono przypuszczalnie rzeżączkowy guz przydatków — należy tem konserwatywniej zachować się im guz jest świeższy.

Rokowanie: Najlepsze jest w przypadkach zajęcia dolnych odcinków bez zajęcia szyjki; i w tych też razach samowyleczenie jest najczęstsze. Rzeżączka szyjki może też ulec samowyleczeniu. Naogół jednak rokowanie wtedy jest o wiele gorsze. O ile przeważna ilość przypadków rzeżączki szyjki de facto nie zostaje wyleczona, to nie znaczy to abyśmy nie rozporządzali sposobami wyleczenia jej. Przypadki te nie zostają wyleczone z powodu uciążliwości i długotrwałości leczenia. O wiele poważniejsze następstwa ma rzeżączka ascendowana, tylko bardzo mały procent trąbek odzyskuje swoją drożność, i sztuczne sposoby przywrócenia tej drożności są bez wyniku. Znane są przypadki zejścia śmiertelnego przy długotrwałym ropieniu na tle rzeżączkowem z powodu ogólnej amyloidozy. O pomyślnem rokowaniu w peritonitis gonorrhoica diffusa była mowa powyżej.

Leczenie.

Zakażenie wiewiórowe u mężczyzn umiejscowione jest głównie w cewce moczowej i w gruczołach, z których wszystkie uchodzą do kanału cewki. Wystarczy więc nawet do wyleczenia rzeżączki stałe, regularne wypłukiwanie cewki strumieniem moczu. Przeciwnie u kobiety gruczoły zwykle uchodzą nazewnątrz cewki moczowej (wyjątek stanowi niekiedy jeden lub dwa gruczoły Skenego) i samowyleczenie cewki nie wyklucza utrzymywania się zakażenia w tych gruczołach. Dodajmy trudności w zauważeniu schorzenia przez samą chorą, niski poziom znajomości tego schorzenia przez lekarzy praktyków, a zrozumiemy, dlaczego rzeżączka kobiet jest trudna do wyleczenia.

O t. zw. leczeniu poronnem nie ma naogół jednolitego zdania. Leczenie to u kobiet rzadko można stosować ze względu na przeważnie późne zgłaszanie się ich do lekarza. Polega ono na stosowaniu wysokoprocentowych roztworów azotanu srebra, roztworów koloidalnych srebra i ichtyolu. Co się tyczy leczenia przypadków całkiem świeżych istnieją dwie szkoły stojące na krańcowo przeciwnych biegunach. Szkoła francuska radzi rozpoczynać leczenie miejscowe jaknajwcześniej i nawet w czasie menstruacji leczyć cewkę i zakażone gruczoły, przestrzega tylko przed leczeniem szyjki w tym okresie ze względu na łatwość ascenzji. Szkoła niemiecka zaleca absolutny spokój, tem większy w czasie menstruacji, który zdaniem tej szkoły jest koniecznym warunkiem samowyleczenia i radzi nawet kilkudniowy pobyt w łóżku, a następnie brak wszelkich gwałtowniejszych ruchów, długich marszów, sportów i t. p. U kobiet skłonnych do obstypacji zaleca podawanie wód mineralnych i ziółek przeczyszczających. Bez szkody dla chorej można, zdaniem tej szkoły pozwolić jedynie na zewnętrzne kilkakrotne w ciągu dnia obmywania genitaljów łagodnym środkiem ściągającym. W przypadkach zajęcia cewki moczowej podaje się urotropinę,helmithol lub oleum santali. Środki te należy brać dwa dni ze skąpą ilością płynu następnie trzeciego dnia pić duże ilości płynów alkalicznych lub naparów fol.Uvae

ursi. Spożywanie alkoholu jest wzbronione. Przy bólach szyi pęcherza przepłókiwanie nerek dużą ilością płynów przysparza zwykle chorej bólów. Opium, ewentualnie extr. Bellad. (czopki) dajemy niechętnie, jednak bez tych środków tak, jak i bez środków nasennych i bromowych nie można się całkowicie obejść. W tych warunkach spostrzegano niekiedy wyleczenie rzeżączki cewki i szyjki po 5 — 6 tyg.

Nie wydaje się słusznym sposób leczenia przez szkołę francuską, gdyż miejscowe zabiegi w cewce i gruczołach w pierwszych dniach schorzenia, w niektórych zwłaszcza przypadkach silnego podrażnienia śluzówki są bardzo bolesne i wcale nie przyspieszają uciszenia się tych dolegliwości, które i same przez się po kilku dniach ustępują. Pozostawienie natomiast w spokoju zakażonych organów, tak jak to radzą Niemcy na przeciąg 5 — 6 tyg. ze względu na bardzo mało prawdopodobny wynik samowyleczenia naraża chorą na stratę dość długiego czasu i tem pewniejsze zakażenie organów, które początkowo nie uległy zakażeniu. Do rozpoczęcia leczenia miejscowego najodpowiedniejszą wydaje się chwila przejścia najburzliwszych, a tem samem najdokuczliwszych objawów, co trwa zwykle 2 — 5 dni.

Niema środka specyficznego, któryby pewnie zabijał gonokoki w tkance, nie uszkadzając jednocześnie samej tkanki. W miejscowem leczeniu rzeżączki należy przyjąć pewien szemat, tyczący się kolejności wykonywania zabiegów. Najpierw należy niszczyć ogniska przedsionka i w gruczołach, następnie w szyjce w końcu w cewce, poczem należy polecić chorej w kilka minut oddać mocz. Zabiegi należy wykonywać w pierwszem miesiącu codziennie, w następnym rzadziej co 2 — 4 dni. Do przepłukiwania uchyłków przedsionka i gruczołów Skenego używa się względnie silnych roztworów odkażająco ściągających, gdyż niema powodu oszczędzać nabłonka tych organów: 1°/₀₀ kalium hyp., ¼% arg. nitr. i mniej drażniące 5 — 10% prorgol lub choleval, w końcu 20% argyrol. Ten ostatni środek nadaje się również do lepszego uwidocznienia ujść gruczołów, które niekiedy bardzo trudno odnaleźć. Po zwilżeniu śluzówki płyn ten szybko spływa, a jedynie w ujściach gruczołów zatrzymuje się i tworzy małą czarną plamkę. Wykonując zabiegi należy zawsze szukać nowych gruczołów Skenego, których ilość bywa niestała. Do przepłókiwania gruczołów używamy specjalnie zakrzywionych kaniulek jak do kanałów łzowych. Przepłókiwanie gruczołów jako zabieg codziennie wysilający wzrok lekarza powinien być wykonywany przy użyciu lupy. Polipowate wegetacje, które najczęściej sadowią się na dolnym wędzidełku lub około ujścia cewki są przyczyną zalegania wydzieliny pomiędzy poszczególnemi naroślami, należy jaknajwcześniej usuwać je galwanokauterem lub instrumentem ostrym, jednakże dopiero po uciszeniu się pierwszych gwałtownych objawów.

Zakażone gruczoły Bartholiniego uciśnięte uwidaczniają swoje ujście kroplą wydobywającej się ropy. Podczas zabiegu pamiętać należy o możliwości wytryśnięcia wydzieliny na twarz i do oczu wykonującego zabieg i nie wywierać większego ucisku przy przepłukiwaniu. Może się także zdarzyć, że płyn z łatwością do gruczołów przedostaje się, jednak nie wydobywa się z powrotem, gruczoł nabrzmiewa. Kilkakrotne ciepłe nasiadówki lub okłady przywracają wkrótce drożność kanałom gruczołów. Wyleczenie, które następuje uderzająco szybko, cechuje się zupełną przezroczystością wydzieliny i brakiem w niej gonokoków. Wyraźnie chełboczące, niewykazujące skłonności do pękania ropnie gruczołów Bartholiniego należy nacinać w miejscu gdzie pokryte są skórą, a nie śluzówką i zakładać sączki, ewentualnie włosowate dreny z użyciem koloidalnych roztworów srebra. Długotrwałe procesy ropne w tych gruczołach, co ma miejsce przy zakażeniach mieszanych, są wskazaniem do ich radykalnego usunięcia. Zabieg ten bywa łatwiejszy po wypełnieniu gruczołu parafiną.

Leczenie szyjki powinno być poprzedzone oczyszczeniem pochwy i części pochwowej, co wykonujemy we wzierniku. Najwygodniejsze do tego celu są wzierniki dwułyżkowe o równych łyżkach. Wziernik taki całkowicie złożony i zwilżony oliwą wprowadzamy do pochwy, ustawiony osią poprzeczną pionowo a więc wzdłuż szpary sromowej. Opierając go lewym bokiem na dolnem wędzidełku wprowadzamy najpierw jego kąt dolny, lewy, poczem górny z łatwością wślizguje się do pochwy. Wziernik wsuwamy nie zagłęboko i równocześnie obracamy go o 90° poczem ostrożnie

łyżki rozchylamy. Ostrożność ta jest konieczna, zwłaszcza u wielródek, przy krótkiej pochwie i nisko ustawionej części pochwowej. Istniejąca zwykle u gonoroiczek nadżerka na części pochwowej, bardzo łatwo krwawi, nawet po lekkiem obsunięciu się po niej tępej całkiem łyżki wziernika. Oczyszczenia pochwy można dokonać zapomocą wacika napojonego płynem lekko odkażającym, jeszcze lepiej wykonując przepłókiwanie litrem ciepłej wody z dodatkiem np. Hg. oxycyan. 1% (łyżka stołowa) Kal. hyp. lub arg. nitr. 1°/₀₀, a przy bardzo wrażliwej śluzówce roztworem 3% kwasu bornego. Dokładne obejrzenie części pochwowej wykazuje niekiedy obecność t. zw. ovula Nabothi, o możliwości zakażenia ich gonokokami należy pamiętać i ewentualnie opróżniać je. Co do sposobu leczenia samego kanału szyjki to pomimo jednomyślnego twierdzenia autorów, że jedynie stosowanie tamponów do pochwy i zewnętrzne pendzlowania części pochwowej nie są wystarczające, ogół lekarzy praktyków powstrzymuje się słusznie od wykonywania jakichkolwiek zabiegów w kanale szyjki, wychodząc z założenia, że przy wszelkich tych zabiegach łatwo wywołać ascenzję zakażenia wprost przez mechaniczne wepchnięcie gonokoków do jamy macicy lub przez wywołanie silniejszych skurczów macicy skutkiem podrażnienia ujścia wewnętrznego. W każdym razie należyte wykonanie tych zabiegów wymaga, zwłaszcza u pierwiastek, pewnej zręczności a przedewszystkiem wprawy i wyczucia. Stosowane bywają przepłókiwania pod niskiem ciśnieniem specjalną sondą Janeta, nadającą płynowi kierunek wsteczny i pendzlowania płynami, których stężenie może być silniejsze. Najczęściej używany bywa prorgol i arg. nitr. *Menge* poleca 40% formalinę. Oczyszczenie uprzednio kanału szyji jest konieczne, należy je wykonać tylko mechanicznie, gdyż stosowanie płynów wysuszających i pieniących się utrudnia absorbcję wprowadzonego następnie leku. Po wypłókaniu i wypendzlowaniu kanału zaleca się założenie specjalnie wąskich czopków z zawartością cholevalu lub argyrolu, ewentualnie założenie sączka napojonego lekiem. Stosowanie t. zw. gorącej sondy (50°) ze względu na znaczną wrażliwość gonokoka na ciepło podobno też daje dobre wyniki. Przy usuwaniu wziernika należy pamiętać, aby zwrócić uwagę na ściany pochwy i w razie obecności w niej ropni lub wegetacji usuwać je.

Przy vaginitis acuta najczęściej u ciężarnych wbrew zakazowi wykonywania wszelkich irygacji przy bardzo obfitej wydzielinie, nie można się bez tego zabiegu obejść. W tych wypadkach używamy słabych roztworów Kal. hyp. i wykonujemy płókania pod bardzo .małym ciśnieniem. W ostatnich tygodniach przed porodem zaprzestaje się wykonywania tych zabiegów.

Co do wpływu leczenia ogólnego na otwartą rzeżączkę szyji zdania są podzielone. Leczenie to polega na wstrzykiwaniu niespecyficznych preparatów domięśniowo jak mleko, aolan, koloidalne połączenie srebra i miedzi, hypertoniczne roztwory soli i cukru i specyficznych szczepionek. *Wagner* uważa wszystkie środki niespecyficzne za mniej skuteczne w otwartej rzeżączce błon śluzowych od szczepionek. W opornych przypadkach po stosowaniu niespecyficznych środków nie widział nigdy dobrych wyników.

Leczenie odbytnicy bywa utrudnione skutkiem wielkiej ilości fałdów i zatok śluzówki. Przepłukiwania arg. nitr. 1°/₀₀ lub cokolwiek silniejszym roztworem prorgolu, nawet o ile chora zatrzymuje dłuższy czas wstrzykiwany płyn, nie zdoła dotrzeć do wszystkich załamków śluzówki kiszki, dlatego niejednokrotnie wygodniej jest stosować lek na pręciku owiniętym watą w postaci pendzlowania. Leczenie rzeżączki odbytnicy jest długie i uciążliwe.

Leczenie cewki: Miejscowe leczenie cewki polega na przepłókiwaniach lub pendzlowaniach śluzówki cewki małym wacikiem, zwilżonym odpowiednim płynem. Płyny te można także zakładać do cewki w postaci pałeczek, które w ostatnich czasach coraz powszechniej bywają używane. Przepłókiwanie cewki u kobiety może się odbyć tylko z równoczesnem przepłókiwaniem pęcherza. Szprycką napełnioną np. 2% roztworu prorgolu po oczyszczeniu zewnętrznego ujścia cewki wypłókujemy wydzielinę zalegającą w uchyłkach cewki; następnie silnie przycisnąwszy szprycke do ujścia cewki staramy się płyn wepchnąć wgłąb cewki i do pęcherza. Nie u wszystkich osób to się udaje. U szeregu kobiet zabieg ten jest niemożliwy do wykonania, gdyż z powodu wysokiej wrażliwości wypychają płyn z cewki i nie pozwalają na

przezwyciężenie skurczu zwieracza. U tych kobiet należy do przepłókiwań użyć krótkiego cewnika t. zw. sondy Nelatona, którą wyjałowioną wprowadza się do pęcherza, a pod koniec przepłókiwania wpuszczając płyn i równocześnie wyciągając sondę, przepłókuje się tym sposobem także cewkę. O ile mimo długiego leczenia cewki zakażenie nie ustępuje, należy pod kontrolą endoskopu przyżegać pojedyńcze ogniska silniejszemi roztworami arg. nitr., ewent. niszczyć je w narkozie Paquelin'em.

Leczenie trzonu. Miejscowe leczenie trzonu spotyka się słusznie z zarzutami poważniejszemi jeszcze niż leczenie kanału szyji. Płókania ułatwiają przedostanie się zakażenia do trąbek, każdy wprowadzony lek działa jak ciało obce, wywołując skurcze macicy, które już same przez się przez wytwarzanie prądów ssących mogą wepchnąć drobnoustroje do trąbek. Jednakże nawet francuska szkoła, która w szerokim zakresie propaguje gorące przepłukiwania jamy macicy cewnikiem Bozemanna lub Janet'a — Reblaud'a przestrzega przed wykonywaniem tych zabiegów w okresie ostrym rzężączki, a i w przewlekłych okresach ich zdaniem nieodpowiednie wykonanie zabiegu, więcej może przynieść chorej szkody niż pożytku. W każdym razie zabiegów tych nie można wykonywać u chorych, leczących się ambulatoryjnie.

Leczenie przydatków. Jakkolwiek w początkach obecnego stulecia operacyjne leczenie rzeżączki przydatków zyskało wielu zwolenników, pomimo to liczba zwolenników leczenia zachowawczego obecnie znacznie przewyższa liczbę operujących przydatki. Wszyscy jednogłośnie przyznają, że w przypadku zakażenia wiewiórowego przydatków im świeższe są zmiany tem konserwatywniej należy postępować. Tylko wyjątkowo, mianowicie w przypadkach peritonitis diffusa, zachodzi niekiedy potrzeba otwarcia jamy brzusznej, wypuszczenia ropy i wprowadzenia do jamy brzusznej 50 cm.[3] roztworu Rivanolu 5:300, ewentualnie wykonania tamponady. Jeżeli oprócz gonokoków istnieją jeszcze w jamie brzusznej inne bakterje np. bac. coli, to tembardziej otwarcie jamy brzusznej jest potrzebne, co przy czysto gonokokowem zakażeniu nie jest konieczne. Drugim wskazaniem do zabiegu operacyjnego w ostrym okresie zajęcia przydatków są objawy pewnego albo przypuszczalnego zajęcia wyrostka robaczkowego, który zwykle wtedy usuwa się wraz z prawemi przydatkami.

Okres przewlekły nadaje się przedewszystkiem do leczenia szczepionkami i innemi lekami niespecyficznemi, pobudzającemi. Doświadczenia *Stickela* z gonovaccina i arthigonem, których wstrzykiwano co 3 — 5 dni od 0,2 do 2 cm.[3] skłoniły autora do szybkiego zaniechania tego leczenia. Stosunkowo najskuteczniejsze było ono w przypadkach przewlekłych starych guzów przydatków, w których inne długotrwałe leczenie nie dało żadnych wyników. W ostatnich czasach donosi *Wagner* o dobrych wynikach leczenia szczepionkami i w ostrym okresie. *Stickel* podjął leczenie specyficznym lekiem t. zw. Gono-yatren w przypadkach przewlekłych i podostrych guzów przydatków bez otwartej rzeżączki. Z ciał niespecyficznych najlepsze wyniki spostrzegano po Aolanie i Terpichinie, środki te wpływają zwłaszcza na szybkie ustępowanie bólów w podostrych okresach i w nawrotach, w 40% przypadków guzy się zmniejszały, znaczny procent był także przypadków bez wyniku. Jak wyżej była mowa, Aolan okazał się dobrym środkiem prowokacyjnym. Naogół leczenie pobudzające przedstawia pewne wartości jako środek resorbcyjny. Ciepło w każdej postaci jest też dobrym sposobem leczenia resorbcyjnego i w ostatnich czasach coraz szerzej stosowane stanowi osobny rozdział w lecznictwie ginekologicznem.

Zapobieganie rzeżączce u kobiet jest ze względu na trudną wyleczalność tego schorzenia tem ważniejsze. Do profilaktyki kobiet oczywiście zaliczamy cały szereg przepisów sanitarnych i społecznych. Wszystkie sposoby osobistej profilaktyki u kobiet są niepewne skutkiem niekorzystnej budowy organów płciowych u kobiety i skutkiem samego sposobu zakażenia, przy którem mikroby dostają się odrazu do wnętrza organów. Do pewnego stopnia ochroną kobiety przed rzeżączką będzie: wprowadzenie przed stosunkiem do pochwy gąbek lub zakładanie odpowiednio dopasowanych „grzybków" do szyjki, zatykanie ujścia cewki i ujść gruczołów waseliną. Po stosunku płciowym oddanie moczu, obmycie zewnętrznych organów płciowych, przepłukanie pochwy i powtórne obmycie genitaljów płynem odkażającym

(0,25 °/₀₀ sublimatu lub 0,5 °/₀₀ Hydrarg. oxycyanatum). Pewne zabiegi profilaktyczne radykalniejsze może wykonać lekarz, do którego kobieta narażona na zakażenie w odpowiednim czasie zgłosiła się. Będą one polegać na wykonaniu wyżej wymienionego obmywania i przepłukania, ponadto na przepłukaniu kanału szyji, na założeniu czopka do szyji i do cewki moczowej z dodatkiem argyrolu, który w szyji należy ustalić, zakładając tampon do pochwy, w końcu na wstrzyknięciu do gruczołów płynu odkażającego.

W surowicy krwi zakażonych powstaje szereg przeciwciał różnych w różnej ilości. W największej ilości znajdowano substancje wiążące dopełniacz i na podstawie stwierdzenia tego faktu rozwinęła się w ostatnich czasach osobna gałąź serologji rzeżączki. Odczyn wiązania dopełniacza BordetaGengou wobec ujemnych wyników badania mikroskopowego oddaje znaczne usługi w przewlekłych postaciach zakażenia rzeżączkowego. Wszystkie przypadki powierzchownego zakażenia błon śluzowych nie dają przeciwciał w obiegu krwi, a tem samem dodatniego odczynu serologicznego. Podstawowym bowiem warunkiem powstania przeciwciał jest zetknięcie się antygenu z komórkami ustroju, co ma miejsce w przewlekłych przypadkach rzeżączki z głębokiem zajęciem tkanek i powikłaniami. Co do częstości występowania dodatniego odczynu Bordetato prawdopodobnie z powodu braku ujednostajnienia metodyki istnieją dość znaczne wahania. Podług Szwojnickiej i Zawodzińskiego, poczynając od 4-go tygodnia choroby, odsetek wyników dodatnich u kobiet stanowi 94,6%, w pierwszych 3-ch tygodni choroby 50%, w przypadkach zakażeń powikłanych 97,2%, nieswoistych odcdczynów 2,3%. Autorzy ci zaznaczają, że wstrzyknięcie szczepionki gonokokowej zdrowym osobnikom może spowodować wystąpienie dodatniego odczynu wiązania dopełniacza. Dzisiaj wszyscy prawie jednogłośnie przyznają dużą wartość rozpoznawczą temu odczynowi, zwłaszcza u kobiet, u których niejednokrotnie rozpoznanie rzeżączki jest bardzo trudne.

Gonokok nie jest bakterją pasorzytującą wyłącznie na śluzówkach. Drogą limfy lub krwi może przedostać się do miejsc oddalonych od pierwotnego ogniska i wywołać tam zmiany pochodzenia rzeżączkowego. Gonokoki wyhodowano niejednokrotnie w krwi w przypadkach endocarditis gon., arthritis gon. i wyhodowane stąd szczepy udało się przeszczepić na ludzką cewkę moczową. Rzadko zdarza się ogólne zakażenie, sepsis gonor. Najczęściej gonokoki tylko przejściowo znajdują się we krwi aby przenieść się do odległych stawów, torebek ścięgnistych i t. d. Często nie osiągają one niejako tego celu i po krótkim pobycie w krwiobiegu giną. Takie genokcemiczne okresy z pewnością są dosyć częste lecz trudno je ustalić ze względu na brak objawów ogólnych. *Lautier'owi* i *Lofaro* udawało się wyhodować gonokoki z krwi w początkowych okresach rzeżączki, przebiegającej bez powikłań. Według *Copelli* i *Genari* w przypadkach rzeżączki powikłanej zawsze istnieje przejściowy okres gonokcemji. Wyhodować gonokoki z krwi jest bardzo trudno. Giną one bardzo szybko w metastatycznych ogniskach np. w wysiękach stawowych, a tem szybciej w krwi i stąd prawdopodobnie pochodzi utrzymujące się dawniej mniemanie, że do wywołania zapalenia odległych stawów lub torebek ścięgnistych wystarczą jedynie toksyny gonokoka a nie potrzebny jest udział samej bakterji. Dzisiaj zapatrujemy się na sprawę inaczej; takie objawy ogólne, jak bóle głowy, gorączka, bóle mięśni, stawów, uczucie ogólnego rozbicia wywołują toksyny; natomiast umiejscowione sprawy zapalne w stawach w torebkach ścięgnistych wywołane są przez same bakterje. Często w powstawaniu powikłań biorą udział oprócz gonokoków inne mikroby - paciorkowce i gronkowce, a nawet możliwe jest powstanie prawdziwej paciorkowcowej sepsis.

Istnieje niewątpliwie osobnicza skłonność do przerzutowych ognisk zapalnych, gdyż są osobniki, które stale w ciągu każdego zakażenia rzeżączką zapadają na tego rodzaju powikłania. Pozatem szereg momentów usposabia do tego także jak: zaziębienie, wszelkiego rodzaju ekscesy, u kobiet menstruacja i ciąża. Należy zaznaczyć, że notowano także powstanie metastatystycznych ognisk gonokokowych skutkiem przejścia gonokoków przez łożysko i pępowinę do płodu. W przypadkach przerzutowych ognisk należy zawsze odszukać pierwotne ognisko zapalne, gdyż bardzo często przerzuty utrzymują się dotąd, dopóki utrzymuje się sprawa w ognisku

pierwotnem. U kobiet takie powikłania powstają najczęściej z rzeżączką przydatków, także trzonu, lecz nie jest wykluczonem powstanie odległego ogniska przy zwyczajnej sprawie zapalnej w cewce, a nawet u dziewczynek w następstwie vulvo vaginitis. Ostatnie badania *Wertheima* wykazały obecność drobnych zatorów w naczyniach włosowatych i najdrobniejszych żyłach, a w zatorach obecność gonokoków. Zmiany te znajdowano w naczyniach pęcherza i miednicy małej, a nawet w głębokich żyłach. Takie trombozy są zawsze dobrotliwe (trombophlebitis gonor.) nie prowadzą do embolji i ogólnego zakażenia, ponadto znane są przypadki gonokokowego zakażenia skóry przez jej drobne ubytki i powstanie wrzodów gonokokowych. Najczęściej są to jednak wrzody mieszane, a gonokok dostaje się do nich jako wtórnie zakażająca bakterja.

Opisywano także przypadki zakażenia mieszków włosowych gonokokami, ale i w tych przypadkach zakażenie było mieszane i nie mamy dowodów na to, czy dwoinka wiewiórowa była pierwszym mikrobem wywierającym swoje działanie pasorzytnicze. Oprócz wymienionych zmian skórnych i oprócz ropni gonokokowych w przypadkach wiewióra możemy się spotkać z szeregiem zmian skórnych przebiegających bez udziału samego drobnoustroju, a wywoływanych jedynie jego toksynami, toxicodermiae: do tego szeregu należy zaliczyć: rumienie, wykwity pokrzywkowe i zbliżone typem do erythema nodosum, wybroczyny i osutki nadmiernie rogowaciejące. Względnie częste są osutki rumieniowe różnych typów — towarzyszą okresom ostrym lub nawrotom ich przebieg jest kapryśny, nieobliczalny. Należy pamiętać o możliwości pojawienia się osutek rumieniowych skutkiem podawania leków. Wykwity pokrzywkowe i eryth. nodosum stanowią dział najbardziej sporny co do ich rzeczywistej etjologji, przez wielu autorów uważane bywają za przypadkowe. Osutki wybroczynowe, spotyka się w ciężkich przypadkach zakażenia wiewiórowego, najczęściej w następstwie sepsis gonorrhoica. Wykwity ze szczególną skłonnością do rogowacenia są najczęściej widziane i dla rzeżączki najbardziej znamienne. Pomijając kłykciny kończyste, wykwity tę występują w postaci osutek rozsianych na całej skórze lub ograniczonych tylko na kończynach. Wykwit rozpoczyna się od grudki lub pęcherzyka — szybko zjawia się hyperkeratoza. Osutki te zdarzają się szczególnie często w przypadkach powikłań stawowych u mężczyzn — rzadkie są u kobiet. Możliwe, że mamy tu do czynienia z pewnym usposobieniem skóry przez odpowiednie endokriny.

Leczenie szczepionkami: warunkiem leczenia swoistego jest możność zetknięcia się przeciwciał krążących we krwi z antygenem t. j. z drobnoustrojami. Umiejscowienie zakażenia w początkowych okresach schorzenia w cewce, gruczołach, pochwie, wyklucza tę możność już to dzięki powierzchowności samego schorzenia już to skutkiem ustawicznego wydalania przeciwciał, jakie ewentualnie mogłyby się zjawić w organach zakażonych.

Na przejściu niejako do organów t. zw. zamkniętych stoi szyja maciczna i w przypadkach jej zakażenia teoretycznie można przypuścić pewną możliwość dobrego działania szczepionek, które oczywiście w zakażeniu organów głębszych całkiem zrozumiale dają dobre wyniki.

Pomimo tych czysto teoretycznych wywodów w praktyce powszechnie stosuje się szczepionki już w okresach podostrych i liczne są w literaturze doniesienia o dobrem ich działaniu nawet w przypadkach rzeżączki cewki, gruczołów i pochwy u dzieci.

Szczepionki stosuje się podskórnie, śródmięśniowo lub dożylnie. Najczęściej stosowane bywają śródmięśniowo w dawkach wzrastających od 25 — 800 miljonów i więcej.

Odczyn miejscowy bywa wyraźny przy stosowaniu podskórnem. Odczyn ogniskowy w postaci nasilenia się bólów bywa zwykle przy zajęciu głębszych organów. Odczyn ogólny: silne podniesienie ciepłoty, dreszcze, uczucie ogólnego rozbicia utrzymuje się w zależności od dawki przez 2 — 3 dni i bywa przeciwskazaniem do zastosowania następnej dawki przed upływem tego czasu. Dawki stosowane dożylnie są znacznie mniejsze.

W ostatnich czasach wzorując się na hemoterapji w kile zaczęto również stosować i w rzeżączce dożylnie wlewanie środków przeciwpasorzytniczych. Najpowszechniej stosowanym środkiem bywa go-

nacrina. Stosuje się ją w rozwtorze 2% po 5 cm co drugi dzień. O leczeniu rzeżączki u kobiet tym sposobem brak szczegółowych doniesień w literaturze.

Środek ten stosuje się również miejscowo do płókań i przemywań w roztworze 1°/₀₀ — do pendzlowań 1% z nie gorszym wynikiem niż inne leki.

Leczenie surowicą w postaci wstrzykiwań dożylnych, domięśniowych i mięśniowych w tkankę otaczającą schorzały narząda niema większego znaczenia praktycznego. Domięśniowe wstrzykiwania dają niekiedy dobre wyniki w przypadkach zajęcia stawów i torebek ścięgnistych, chodzi w tych razach o nieswoiste działanie białka, gdyż po innych surowicach np. meningokokowej spostrzegano również dobre wyniki. *Janet* nie jest zwolennikiem domięśniowych i podskórnych wstrzykiwań, surowicy, gdyż nie obserwował po nich wyraźnych polepszeń. Zdaniem jego, częstym, niemiłym powikłaniem seroterapji są objawy anafilaktyczne, które powstrzymują go od stosowania tego sposobu leczenia.

LITERATURA.

Janet: „Diagnostic et traitement de la Blennoragie" 1929.

Buschke-Lenger: „Lehrbuch der gonorrhoe" 1926.

A. Ławrynowicz: „Gonokok, Ginekol. Polska, T. XI, 1932.

Szwoynicka i Zawodziński: „Próba odchylenia dopełniacza w rzeżączce u kobiet" Med. Doświadczalna i Społ. 1930, T. 12.

F. Malinowski: „Choroby weneryczne" 1932.

Kwas salicylowy w leczeniu ropni i karbunkułu (Carbunculus benignus).

podał
DR. ST. KOŁOSOWSKI

Karbunkuł jest cierpieniem dosyć ciężkiem, któremu towarzyszą wysoka ciepłota do 39° i wyżej, silne bóle miejscowe i samoistne, osłabienie ogólne, ponadto zapalno-nekrotyczne zmiany miejscowe posiadają własności szerzenia się do otaczających tkanek zdrowych, wskutek czego przebieg tego cierpienia powodującego dosyć wielkie ubytki skóry i tkanki podskórnej staje się przewlekłym (miesiąc i więcej).

Stosowane rozległe nacięcie wprawdzie przynosi ulgę choremu wskutek chociażby zniesienia napięcia zapalnie zmienionych tkanek i dania możności wydzielania się masom martwiczym, jednak same li tylko nacięcie jeszcze całkowicie nie znosi szerzenia procesu zapalno martwiczego i na obwodzie zwykle zjawiają się nowe czopy, a tkanka martwicza zbyt powoli oddziela się od podłoża.

W praktyce swej na zgórą osiemdziesięciu przypadkach zwykle nie posługuje się cięciem na krzyż bez odseparowania płatków skórnych, w większości zaś stosujemy okrężne cięcie z wycięciem środka sięgające prawie do tkanek zdrowych, jednak zbytnio nie uszkadzające pasu obronnego z nacieczeniem leukocytowem. Uważam, że przez odseparowanie płatów skórnych, o ile nacina się na krzyż, lub jeszcze lepiej przez wycięcie rozległe środka otrzymujemy możność usunięcia mechanicznego większej ilości mas nekrotycznych oraz udostępnia nam takie postępowanie stosowanie następcze leków na większej przestrzeni. Jak wyżej zaznaczyłem, że przy cięciu staram się zwykle zaoszczędzić tkankę nacieczoną leukocytami — wał obronny, bodziec do zdrowej granulacji, miejsce późniejszej wzmożonej proliferacji nabłonka kosztem drobnej pozostałości mas nekrotycznych, które w pooperacyjnem leczeniu szybko oddzielają się pozostawiając zdrową tkankę granulacyjną, a co, mojem zdaniem, znakomicie przyspiesza proces reperacyjny i epitelizację nieraz rozległych ubytków tkanki podskórnej i skóry.

Przechodząc obecnie do leczenia pooperacyjnego z przeróżnych wypróbowanych przeze mnie środków od szeregu lat stosuję tylko kwas salicylowy, który znakomicie przyspiesza oddzielanie się reszty mas martwiczych, podrażnia i pobudza pozostałe tkanki do szybkiej granulacji i pomimo własności żrących jest środkiem nietylko antyseptycznym lecz i znieczulającym, tak że chorzy zwykle nie uskarżali się na ból i pieczenie. Oczywiście, należy unikać stosowania kwasu salicylowego na tkanki zdrowe lub miejsce zupełnie oczyszczone od mas nekrotycznych chociaż przy stosowaniu i na żywo czerwone granulacje nie powoduje on zbytniego pieczenia, a między inemi przyspiesza proces granulacyjny.

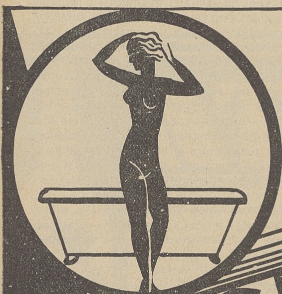
Kwas salicylowy stosuję zwykle w postaci proszku per se, lub z glukozą ana partes. Czasami dodaję anestezyny (5%) dla złagodzenia bólów samoistnych. Dla przyspieszenia i więcej energicznego działania kwasu salicylowego dobrze jest wytamponować ranę kawałkami gazy umaczanemi w spirytusie, lub eterze.

Opatrunki robię w następujący sposób: po nasmarowaniu brzegów rany 10% maścią xeroformową posypuję masy nekrotyczne kwasem salicylowym, lub jedną z mieszanek podanych wyżej. Warstwa pokrywająca winna być przynajmniej grubości paznokcia, resztę rany lekko posypuję i następnie tamponuję gazą umaczaną w spirytusie lub eterze. Po dwuch, trzech opatrunkach masy nekrotyczne znikają, dłużej utrzymując się miejscami na obwodzie, które i nadal należy posypywać kwasem salicylowym.

Gdy masy nekrotyczne zostaną zupełnie usunięte, a granulacje są blade, co się zdarza u osobników starszych, wyniszczonych i t. p. można dla pobudzenia procesu granulacyjnego posypywać ranę cukrem gro-

nowym z dodatkiem 2 — 5% kwasu salicylowego, co znakomicie przyspieszy rozrost granulacji. W wypadkach zdrowej granulacji stosuję maść xeroformową z dodatkiem ichtyolu: Rp. Xerofomii 3,0, Ichtyoli 3,0, Lanolini 10,0, Vaselini 20,0; Ung. Diachyloni Hebrae; pasta Zinci Lassari, lub maść cynkową z dodatkiem Liq. alum. acet. Rp. Liq. alum. acet. concentr. 10, — 20, 0, Zinci oxyd. Amyl. trit. aa 10,0 Lanolini 20, 0, Vaselini 50, 0.

Dodać muszę, że prócz miejscowego leczenia nie należy zapominać i o ogólnem leczeniu (cukrzyca, zapalenie nerek, skaza moczanowa, miażdżyca naczyń, wyniszczenie i t. p.), a więc w zależności od wypadku stosuję insulinę, jod, arszenik i t. p. Do podania do ogólnej wiadomości tej krótkiej terapeutycznej notatki skłoniły mię przedewszystkiem osiągnięte dobre wyniki po stosowaniu kwasu salicylowego w leczeniu tak pospolitego cierpienia jakim jest karbunkuł: skrócenie czasu trwania choroby, dosyć szybkie wypełnienie się ubytków tkanek z następującem rychłem bliznowaceniem. Nadmienić należy, iż pomimo żrących własności kwasu salicylowego i używania go do zasypywań w ilościach dosyć dużych nigdy nie spotrzegłem nasilenia się bólów, odwrotnie takowe znaczenie zmniejszały się, ani też objawów zatrucia.



Schorzenia stawowe chorych na kiłę ze szczególnem uwzględnieniem postaci guzków przystawowych.

Uwagi do powyższego artykułu d-ra Oppenheima w zeszycie 9/1932.

podał

DR. EUG. KRAJEWSKI (Katowice).

Uzupełniając ciekawe spostrzeżenia i wnioski kol. dra Oppenheima dodaję, że przynależność etjologiczna nodositates juxtaarticulares do kiły nie jest w medycynie tropikalnej dotąd bezspornie ustaloną. Guzki przystawowe chorych, pochodzących z Afryki, Arabji i Indyj holenderskich należą zarówno do osobników dotkniętych kiłą jak i framboezją a badania skrawków i preparatów w polu zaciemnionem, przeprowadzone przez Van Dijke i Oudental na Jawie wykryły tylko obecność krętków, które mogły być tak spirochetą „pallida“ jak i „pertenuis“. W 20 wypadkach Guttierreza z Manili — 16 chorych miało odczyn Wassermanna dodatni, ale tak bywa i we framboezji. Prof. dr. M. Mayer z hamburskiego Institut fuer Schiffs und Tropenkrankheiten pozostawia kwestję etjologji guzków przystawowych nadal otwartą i twierdzi, że cierpienie to nie jest sprawą jednolitą i w różnych krajach posiadać może rozmaite tło, choć kiła i framboezja późna jest tu najbliższą. To potwierdza fakt spotykania guzków przystawowych poza krajami tropikalnemi i opis dwu przypadków kol. Oppenheima. Szkoda, że nie przeprowadzono w nich badania histopatologicznego guzków, coby umocniło postawione tu rozpoznanie, ponieważ znikanie wytworów patologicznych, nawet niekiłowego pochodzenia, pod wpływem leczenia swoistego nie jest zjawiskiem rzadkiem.

Podobne koleje w dociekaniu etjologji co i guzki przystawowe przechodzi jeszcze druga sprawa chorobowa a to gundu lub anakhre, cierpienie tropikalne, spotykane u murzynów i mulatów Wybrzeża złotego i kości słoniowej, Sierra Leone, Angoli, Kamerunu, Ugandy, Zanzibaru i t. p., a polegające na tworzeniu się guzowatości symetrycznych na bocznych ścianach nosa, wielkości do jaja gołębiego i pozostających w związku z podłożem kostnem. W preparatach histologicznych znajdujemy obfitość komórek plasmatycznych. Salwarsan koi wprawdzie bóle, ale nie powoduje zupełnego wessania się guzków. Sprawa pod każdym względem okazuje podobieństwo do guzków przystawowych i czeka rozstrzygnięcia przynależności swojej do kiły, framboezji a może nawet twardzieli.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Wstrzykiwania śródskórne mleka w leczeniu zaburzeń trawiennych. (Les injections intradermiques de lait dans le traitement de quelques dyspepsies alimentaires). Maurice Loeper. *Presse Medicale. N. 82. 1932.*

Autor zwraca uwagę na cały szereg dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, będących następstwem uczulenia. Anafilaksja pokarmowa rozpoczyna się nagół dolegliwościami żołądkowemi, za któremi po przejściu czynnika uczulającego do soków ustrojowych, występują objawy ze strony jelita, układu nerwowego, skóry i nerek. Ta fala anafilaktyczna zdradza się klinicznie początkowo wzdęciami żołądka, nudnościami i wymiotami, za któremi postępują rozwolnienia, objawy skórne, swędzenie, a wreszcie ogólne niedomaganie, zawroty głowy, podciśnienie krwi, objawy zaburzeń równowagi wegetatywnej i objawy ze strony układu nerwowego. Wszystkie te dolegliwości znikają o ile uda się w odżywianiu odnaleźć produkty dla danej jednostki specyficznie szkodliwe i je usunąć. Czasami nadwrażliwość ogranicza się tylko do jednej substancji,ale bywają przypadki, że rozciąga się ona na kilka ciał, należących do tej samej grupy albo nawet do grup ciał zupełnie różnych. Leczenie tych stanów jest utrudnione przez niemożność odnalezienia czynnika szkodliwego, który często jest niejednolity, gdyż wszystkie ciała organiczne mogą działać uczulająco. Niejednolita etjologja, doprowadzająca do uczulenia równie złożonej natury w stosunku do różnych ciał, wymaga leczniczego zastosowania złożonych ciał odczulających. Jako takie ciało odczulające złożone autor zaleca mleko, gdyż posiada ono dwa rodzaje białek uczulających, lactalbuminę i kazeinę, zawiera ponadto cukier i tłuszcz. Autor stosował mleko we wstrzykiwaniach śródskórnych, w dawkach małych. Mleko było wyjałowione i dziesięciokrotnie rozcieńczone. Wstrzykiwania wykonuje się co drugi dzień rozpoczynając od ilości jednej do dwóch kropli i stopniując powoli. Serje lecznicze składające się z 12 wstrzyknięć mogą być powtarzane co dwa miesiące. Autor leczył w ten sposób 25 chorych z różnemi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego (rozwolnienia, wzdęcia, bóle, swędzenia, duszność, bóle głowy, migreny etc.) otrzymując w 13 przypadkach wyleczenie, w 8 poprawę, u 4 leczenie pozostało bez wyniku. U pewnej liczby chorych występowały powikłania w postaci zaczerwienienia i obrzęku w miejscu wstrzyknięcia mleka, podwyższenia ciepłoty do 38°, czasami lotne obrzęki w innych cześciach ciała.

Sześćdziesiąt przypadków gruźlicy płucnej leczonych zawiesinami soli złota. (Soixante cas de tuberculose pulmonaire traités par des suspensions huileuses de sels d'or). Dumarest. *Presse Medicale. N. 62. 1932.*

Stosowanie soli złota w zawiesinach z oliwy ma na celu przedewszystkiem zwiększenie tolerancji ustroju i powiększenie działania soli. Działanie soli złota jest większe przy tym sposobie wprowadzenia gdyż pozostają one dłużej w ustroju dzięki wolniejszemu wydzielaniu, a zwiększona tolerancja wywołana także wolniejszem wsysaniem się środka pozwala na stosowanie większych dawek. Oryginalność metody polega na rodzaju zawiesiny niezależnie od rodzaju stosowanych soli złota. Używa przy tem 1 gr. soli złota na 10 cm.³ oliwy z migdałów słodkich. Autorzy stosowali solganal B., który przyrządzono w ampułkach po 0,1, 0,2, 0,3 i 0,4 gr. solganalu rozpuszczonego w 1, 2, 3, 4 cm.³ oliwy. Zależnie od przypadku stosowano tygodniowo po 2 lub trzy wstrzyknięcia śródmięśniowe tego preparatu. W ten sposób leczyli autorzy 60 chorych których podzielono na 5 grup niezależnie od działania preparatu. Grupa 1 zawierała 14 przypadków, które w końcu leczenia można było uważać za praktycznie wyleczonych, druga grupa składała się z 22 przypadków, u których kliniczne i rentgenologiczne można było stwierdzić znaczną poprawę, w grupie 3 (6 przypadków) można było klinicznie stwierdzić poprawę bez poprawy rentgenologicznej, grupa 4 zawierała 16 przypadków odpornych na leczenie, grupa piąta składała się z dwóch chorych, którzy nie znosili preparatu. Powikłania, które wystąpiły w czasie leczenia wynoszą około 40%. Dotyczyły się one w 3,33% objawów skórnych i ze strony błon śluzowych. w 18% wystąpiły objawy dyspeptyczne, w 10% zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, w 3% odczyny gorączkowe. Nagół więc u 60% leczonych stwierdzono kliniczną i rentgenologiczną poprawę podczas gdy rozczyny wodne złota dawały tą poprawę u 50% chorych. Zawiesiny więc złota nie tylko dają lepsze wyniki ilościowo, pozwalają także osiągnąć trwalsze rezultaty, pozatem pewna liczba chorych, która nie znosiła rozczynów wodnych złota, znosiła bez powikłań zawiesiny złota. Najlepsze wyniki osiąga się w świeżych przypadkach wysiękowych i świeżych przypadkach rozpadowych. Świeże zmiany zapalne, młode nacieki, świeże jamy, zdają się najlepiej reagować na sole złota i nagół im uszkodzenie płucne jest świeższej daty tem prędzej znika ono pod ich działaniem.

Powikłania stwierdzone w okresie leczenia nie były ani poważniejszej natury, ani dłużej trwałe; liczba ich była również mniejsza, niż przy stosowaniu roztworów wodnych złota. Autorzy nie stwierdzili ani jednego przypadku białkomoczu, wzniesienia ciepłoty były rzadkie (3%), objawy skórne lekkie i przelotne. Częstsze były objawy dyspeptyczne, ale i one szybko mijały. Korzystne działanie zawiesin złota, brak powikłań przy stosowaniu tej metody, czyni ją bardziej skuteczną i łagodniejszą od poprzednio stosowanych metod.

Fizjopatologja i klinika równoczesnej obustronnej odmy płucnej. (Physiopathologie et clinique du pneumothorax bilateral simultané). A. Ascoli. *Présse Medicale. N. 70. 1932.*

Działanie lecznicze obustronnej odmy płucnej polega głównie na niezupełnym ucisku płuca, zastosowanym w tego rodzaju odmie w przeciwstawieniu do klasycznej odmy uciskowej Forlaniniego. Częściowo uciśnięto płuco w czasie wdechu nie rozciąga się całkowicie, a w szczególności nacieczone, mniej elastyczne części tkanki płucnej, nie idą za ruchami klatki piersiowej i przepony i przez to mają zapewniony względny odpoczynek. Działanie odmy jednostronnej jest zasadniczo obustronne dzięki temu, że zmniejszenie ujemnego ciśnienia po jednej stronie pociąga za sobą automatycznie przesunięcie śródpiersia na stronę przeciwległą skutkiem czego płuco po tej stronie zostaje również uciśnięte i mniej się rozszerza. Wobec tego zasadniczo zastosowanie odmy obustronnej może mieć miejsce wtedy gdy działanie odmy jednostronnej na płuco przeciwległe jest niewystarczające lub gdy w tym płucu występują w czasie odmy nowe ogniska. Ma to miejsce gdy śródpiersie jest nieruchome, dalej gdy śródpiersie osiągnęło granice swej ruchomości fizjologicznej i ciśnienie po stronie przeciwległej nie wzrasta odpowiednio do strony po której została wykonana odma. Powikłania odmy obustronnej nie są takie ciężkie jak to się początkowo wydawało szczególnie perforacje nie występują częściej niż przy odmie jednostronnej.

Jeżeli się należycie ureguluje częstość dopełniania odmy oraz ciśnienie, posługując się odpowiednią kontrolą radjologiczną oraz badaniem czynnościowem układu oddechowego można w znacznej mierze nie dopuścić do wystąpienia powikłań. Każda odma prowadzi do zaburzeń oddechowych i do zaburzeń krążenia, w odmie obustronnej zaburzenia te są większe. Badanie czynnościowe układu oddechowego polega na określeniu pojemności życiowej płuca, częstości oddechów i czasu bezdechu dowolnego, badanie narządu krążenia na określeniu częstości tętna i ciśnienia skurczowego krwi.

Wyniki obustronnej odmy sztucznej są dotychczas bardzo względne, zależne od stosowanych kryterjów. Według jednych autorów odsetek przypadków wyleczonych wynosi 40% — 50%, liczba tych, u których lasecznicki znikły z plwociny 50 — 70%. W ostatnich czasach *Roloff* zestawił wyniki leczenia odmą u 1128 osób po 12-letniej obserwacji.

Stałą wyraźną poprawę otrzymano u chorych leczonych odmą jednostronną w 29,4%, u osób, u których zakładano równocześnie odme obustronną w 19,4%. W klinice *Leona Bernarda* spostrzegano poprawę w jednej trzeciej przypadków leczonych. Zasadniczo więc odma obustronna równoczesna weszła obecnie do leczniczego postępowania w gruźlicy, autor jednak uważa, że nie należy rozszerzać wskazań do jej zastosowania. Jest to zabieg, który może być tylko należycie wykonany w odpowiednich sanatorjach, klinikach i szpitalach przez personel leczniczy należycie z techniką odmy sztucznej obeznany.

Leczenie zaburzeń krążenia pochodzenia trawiennego. (La thérapeutique des troubles circulatoires paradigestifs). M. Bascourret. *Journal médical français. 1932. N. 9.*

Pierwszą zasadą leczenia musi być dążność do usunięcia przyczyny pierwotnej zaburzeń krążenia, a więc leczenie cierpienia żołądkowego z zastosowaniem odpowiedniej djety, etc. Należy zwrócić szczególną uwagę na hygjenę jamy ustnej, stan dziąseł. Aby zapobiedz połykaniu powietrza dobrze jest polecić przyjmowanie napojów przez rurkę. Zalecając pas u osób z opadnięciem trzew trzeba pamiętać, żeby pas był odpowiednio zakładany, to jest znalazł szerokie oparcie na kościach biodrowych. Ze środków leczniczych na pierwszem miejscu stoi węgiel w proszku, dalej sole bismutu, który działa, jak to wykazał *Hayem* nietylko uspokajająco na bóle miejscowe i zmniejsza nienormalne wydzielanie soków trawiennych, ale uspokaja skurcze żołądka i jelit. zmniejsza produkcję gazów i ma wobec tego działanie mechaniczne przez zmniejszenie napięcia gazów w żołądku i w jelitach.

Środek ten działa kojąco nietylko na bóle i skurcze, ale także na wszystkie nieprawidłowe odruchy nerwowe, mające swe źródło w przewodzie pokarmowym. Chorzy uspokajają się powoli, poprawia się sen, znikają przykre sensacje w okolicy serca, znika duszność, tam gdzie był częstokurcz zmniejsza się on powoli i odwrotnie tam gdzie była pierwotnie bradycardia tętno się przyśpiesza. Z tego też względu zaleca się sole bismutu i w sprawach organicznych sercowych, powikłanych sprawami żołądkowemi. Bismut podaje się w dawce 20 gr. dziennie, 2 razy dziennie po 10 gr., pół godziny przed spożyciem pokarmów w ciągu 10 do 20 dni. Działania trującego tych większych dawek nie spostrzegano, jedynem przeciwskazaniem są zwężenia przewodu pokarmowego. Kaolina ma działanie podobne, jednak słabsze od bismutu. Leczenie układu nerwowego, powinno wspomagać oddziaływanie na przewód pokarmowy. Poza zastosowaniem czynników natury ogólnej, spokoju, psychoterapji i t. d. duże znaczenie posiadają środki lecznicze o charakterze ogólnie uspakajającym, valeriana, preparaty bromowe, pozatem w szczególności belladonna i eserina. Eserina powinna znaleźć zastosowanie we wszystkich przypadkach podrażnienia układu współczulnego. Uspakaja ona pobudliwość naczynioruchową i zmniejsza częstość tętna.

Szczególnie korzystne jest jej działanie w przypadkach zaburzeń ze strony splotu słonecznego. Zmniejsza ona wtedy tętnienie epigastryczne, pozatem oddziaływuje korzystnie i na zaburzenia naczynioruchowe kończyn, usuwa uderzenia krwi do głowy, zawroty, etc. Belladona w połączeniu z gardenalem jest szczególnie pożyteczna tak przy zaburzeniach pochodzenia kurczowego ze strony przewodu pokarmowego, jak i przy zaburzeniach krążenia. Valeriana i chinina mają szczególnie zastosowanie w przypadkach wielkiej pobudliwości serca połączonej z niemiarowością.

Zaburzenia czynnościowe układu krążenia pochodzenia żołądkowego. (Troubles Fonctionnels cardiovasculaires d'origine gastrique). A. Clerc. *Journal médical français. 1932. N. 9.*

Jednym z najczęstszych objawów klinicznych tego typu są skurcze dodatkowe, które nie zjawiają się u chorych sercowych po wysiłku, ale w okresie trawiennym bezpośrednio po spożyciu pokarmów, albo też nieco później w towarzystwie przykrych sensacji w okolicy żołądka, bólów w

epigastrium, odbijania, bólów głowy, etc. Zwolnienie tętna występuje w przebiegu różnych cierpień przewodu pokarmowego, najczęściej jednak towarzyszy ono okrągłemu wrzodowi żołądka, zapaleniu wyrostka robaczkowego, stanom zapalnym grubego jelita, wreszcie zwyczajnemu przewlekłemu zaparciu. Bradycardje te mają zwykle przebieg łagodny ale czasami mogą pociągać za sobą objawy poważne wchodzące w zakres kompleksu Adams-Stokesa.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego mogą być także przyczyną bicia serca, a nawet częstoskurczu napadowego. Choć często ci chorzy na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego nie zwracają uwagi i nic o nich lekarzowi nie wspominają, tym nie mniej jednak usunięcie choć nieznacznych zaburzeń przewodu pokarmowego może wpłynąć leczniczo dodatnio, a nawet uleczyć częstoskurcz napadowy.

Ataki dusznicy bolesnej, szczególnie przebiegające w towarzystwie wzdęcia i nawet nieznacznych objawów żołądkowo kiszkowych, wskazują również na ich pochodzenie żołądkowe. Ataki te występują w postaci bólów w górnych częściach klatki piersiowej, umiejscawiając się najczęściej przy lewym brzegu mostka. Czasami zamiast bólu występuje tylko uczucie ciężaru w lewej połowie klatki piersiowej. Chorzy czasami skarżą się na duszność, której cechą charakterystyczną jest zwiększenie się po spożyciu pokarmów, czasami duszność ta występuje atakowo z równoczesnem ziębieniem rąk i nóg oraz małem tętnem. Wreszcie towarzyszą tym stanom zaburzenia naczynioruchowe, które tłomaczą występowanie zawrotów głowy, uderzenia krwi do głowy w okresie trawienia.

Z objawów klinicznych najważniejsze są wzdęcia żołądka i aerophagia. Wzdęcia żołądka doprowadzają do uwypuklenia okolicy epigastrium, czasami serce jest z tego powodu przemieszczone nieco ku lewej stronie, przy obmacywaniu stwierdza się żywą bolesność w 4 lewej przestrzeni międzyżebrowej, a także bolesność przy ucisku w okolicy splotu słonecznego. Wszystkie te objawy są silniejsze po spożyciu pokarmów, niż rano na czczo. Badanie serca nie wykazuje zmian charakterystycznych, jednakże często stwierdza się skłonność do podciśnienia. Charakterystyczne jest także, że ten kompleks objawowy stwierdza się najczęściej u osób młodych, głównie u kobiet, nerwowych, nierównych u których całe zachowanie świadczy o zaburzeniach równowagi nerwowej. Zależnie od przewagi objawów odróżnić można formy naczynioruchowe, ze zwolnieniem lub przyśpieszeniem tętna, formy bólowe, arytmiczne i t. d. Jednakże podział taki o tyle nie jest wskazany, że różne te formy mogą się ze sobą kombinować, a także występować jedna po drugiej. Również i przyczyna, wyzwalająca objawy sercowe nie leży zawsze w żołądku, czasami jelita mogą również wywołać podobne zmiany sercowe. Cechą charakterystyczną tych wszystkich objawów jest nasilanie się po przyjęciu posiłków, głównie wieczorem, a czasami nawet w nocy, rano wszystkie dolegliwości są nieznaczne albo niema ich wcale. Wszystkie te przykre objawy mogą trwać długie lata i utrudniać niezmiernie życie ludzi nimi obarczonych, nię doprowadzają jednak naogół do niedomogi krążenia. Gdy ta ostatnia występuje, ma ona naogół w tych przypadkach i inne przyczyny.

Przyczyna zaburzeń sercowych pochodzenia żołądkowego nie jest jednolita. Przemieszczenie serca, wywołane wzdęciem żołądka i aerophagją może wytłomaczyć duszność, większą pobudliwość mięśnia sercowego, której wyrazem stają się skurcze dodatkowe. W tych przypadkach odbijanie i przyjmowanie środków adsorbujących przynosi ulgę. Jednakże aerophagia nie zawsze tłomaczy objawy sercowe, które mogą wystąpić i bez niej. W tych przypadkach wchodzą w grę albo podrażnienia odruchowe wywołane mechanicznym ciągiem splotów nerwowych w przypadkach opuszczenia jelit, albo podrażnienie odruchowe, idące od uszkodzonej śluzówki, przypuszczają także możliwość działania gazów toksycznych, pochodzących z fermentacji. Wreszcie bywają wypadki w których przyczyną wyzwalającą są środki pokarmowe, działające nie bezpośrednio na żołądek lub układ krążenia jak np. kawa lub herbata, ale środki pokarmowe niewinne same przez się, które jednak w chwilę po spożyciu wywołują ciężkie objawy naczynioruchowe podobne do objawów wstrząsu.

Rozpoznanie tych zaburzeń sercowych często bardzo trudne zostaje niejednokrotnie ułatwione przez wyniki leczenia. Zastosowanie środków uspokajających układ nerwowy ośrodkowy, szczególnie gardenalu, środków działających na układ nerwu współczulnego i błędnego, uregulowanie djety, zalecanie środków absorbujących, stosowanie belladony, czasami zalecenie zwykłego pasa u osób cierpiących na opadnięcie trzew, usuwa w sposób nadspodziewanie szybki objawy niejednokrotnie przykre i ciężkie, tą samą drogą równocześnie tłomacząc ich pochodzenie i potwierdzając rozpoznanie.

Vagotonia w przypadkach zaburzeń sercowych pochodzenia pokarmowego. (La vagotonie dans les troubles cardiaques d'origine digestive). L a i g n e l - L e v a s t i n e.

Journal médical français. T. XXI. N. 9.

Autor podkreśla, że zaburzenia sercowe, bóle, niemiarowości tetna, jego przyśpieszenia i zwolnienia, wreszcie rozszerzenia jam serca nie stoją w określonym związku do zaburzeń przewodu pokarmowego, które te zmiany wywołują. Czynniki, wyzwalające zaburzenia sercowe pochodzić mogą z różnych odcinków przewodu pokarmowego i mogą być one najróżnorodniejszej natury. Wchodzą tutaj w grę przedewszystkiem zmiany w jamie ustnej, złe lub wadliwe uzębienie, zwężenia lub rozszerzenia przełyku, rozszerzenia żołądka, (aerophagia), przemieszczenia żołądka z powodu zrostów, jego zaburzenia wydzielnicze i ruchowe, szczególnie w okolicy oddźwiernika, zmiany w dwunastnicy, w kątnicy, zapalenia wyrostka, zastój w jelicie grubem wstępującem, mający znacznie większe znaczenie niż zastój w innych częściach jelita, dalej opuszczenie jelita grubego poprzecznego, a wreszcie wszelkie zaburzenią jelit grubego zstępującego, jego przykurcze, rozszerzenia i t. d. Najczęstszą przyczyną braku równomierności między przyczyną wywołującą zaburzenia sercowe a skutkiem jest czynnik osobniczy, nazwany przez *Laignel Lavastina* współczynnikiem odruchowym indywidualnym. Ten odruch indywidual-

ny zależy w znacznej mierze od napięcia nerwu współczulnego, a także nerwu błędnego. Autor dzieli ludzi na 5 typów zasadniczych: 1) z przewagą nerwu błędnego, 2) z przeważającem napięciem nerwu współczulnego, 3) z podrażnieniem jednego i drugiego układu, 4) z osłabieniem napięcia obu układów i wreszcie 5) z prawidłowem napięciem obu układów. Według tego podziału objawy vagotonji Eppingera i Hessa odpowiadają właściwie typowi 3 Laignel-Lavastina t. zn. podrażnieniu obu układów. Jasnem jest wobec tego, że te same zaburzenia przewodu pokarmowego wywołać mogą inne objawy u jednostek typu pierwszego, drugiego lub trzeciego, np. opuszczenie żołądka spowoduje u jednostek typu 3 częstoskurcz serca, podczas gdy u wagotonika typu 2 wywoła znaczne zwolnienie tętna, na które podziałać można podaniem atropiny.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Ropnie płuca u dzieci. (Les abscès du poumon chez l'enfant). J. Hutinel, R. Kourilsky, Ét. Nicolas.

Archives de Méd. des Enfants. Décembre 1932.

Pod nazwą ropnia płuc rozumie się umiejscowione i ograniczone zropienie w obrębie miąższu płucnego; ropień płuca należy odróżniać od rozsianych i mnogich ropni występujących w następstwie odoskrzelowego zapalenia płuc.

Należy odróżniać także ropień płuc od zgorzeli płuc, aczkolwiek istnieje odmiana ropnia płuc, powstającego wtórnie na podłożu martwicy, który nosi miano ropnia zgorzelinowego i posiada odmienny bardziej ciężki i przewlekły przebieg.

Najczęściej spotykane ropnie płuc u dzieci, są to ropnie ograniczone, ostre, z wydzieliną nie cuchnącą, wywoływane przez drobnoustroje pojedyńcze: pneumokoki, gronkowce, enterokoki lub paciorkowce.

Główne znaczenie kliniczne ropni płuc polega na trudności w oznaczeniu ich umiejscowienia i odróżnieniu od otorbionych wysięków ropnych opłucny, lub rozstrzeni oskrzelowych.

Ropnie zgorzelinowe, przewlekłe występują u dzieci znacznie rzadziej niż u dorosłych. W tych ropniach stwierdza się florę bakteryjną mieszaną. Anatomicznie, sprawa rozpoczyna się od martwicy, wtórnie występuje odczyn ropny i łączno-tkankowy.

Etjologicznie ropnie płuc bywają dwojakiego rodzaju:

1) pierwotne, rozpoczynające się jak ostra sprawa płucna o charakterze zrazowego lub zrazikowego zapalenia płuc, początek powstania ropnia jest nieuchwytny ani klinicznie. ani też rentgenologicznie lub hematologicznie,

2) wtórne, w następstwie urazów, operacji (szczególnie po wycięciu migdałków), lub w przebiegu różnych zakażeń (ropnie migdałków), wreszcie w następstwie ciał obcych w oskrzelu.

Ropień płuca nie jest ściśle powikłaniem sprawy zapalnej płuca, lecz poprostu jest zamaskowany odczynem zapalnym na obwodzie ogniska ropnego.

Po pewnym czasie następuje przebicie się ropnia do oskrzela z nastepowem obfitem wykrztuszeniem ropy; jest to jedyny objaw, który klinicznie pozwala rozpoznać ropień. Początkowy okres choroby, symulujący banalne schorzenie płucne może przedstawiać się jak typowe zrazowe zapalenie płuc: nagły początek, wysoka ciepłota, stłumienie o topografji zrazowej. Częściej jednak symulowane bywają postacie atypowe. Na pierwszy plan może wystąpić odczyn opłucnowy, z wysiękiem surowiczym, surowiczo-krwawym lub ropnym (jałowym). Rozpoznanie ropnia płuc rzadko bywa ustalone w tym okresie. Czasami jest to możliwe przy pomocy rentgenoskopji lub nakłócia miąższu płucnego.

Wykrztuszanie ropy pojawia się zwykle między dziesiątym a piętnastym dniem choroby. Bywa poprzedzone lub nie przez krwotok płucny. Wykrztuszanie ropne odbywa się okresami i może trwać dość długo; plwocina stopniowo staje się śluzowo ropną, jak w dużych rozstrzeniach oskrzelowych.

Po wykrztuszeniu ropy, ale tylko wtedy o ile ropień znajduje się powierzchownie, mogą być stwierdzone fizykalnie objawy jamy; w przeciwnym razie objawy mogą być mało uchwytne. O ile odpływ ropy przez oskrzele jest dostateczny, ciepłota opada; nowe wzniesienia ciepłoty wskazują bądź na zatrzymanie ropy, bądź na powstanie nowego ogniska ropnego.

W większości przypadków następuje samoistne wyleczenie. Należy więc zajmować stanowisko wyczekujące. Przebieg niepomyślny zdarza się wtedy, o ile ognisko ropne w płucu jest tylko wyrazem ogólnej posocznicy, lub w następstwie powikłań opłucnowych, szczególnie często występujących u dzieci.

W pierwszej fazie choroby wyjątkowo tylko ropień płuca może być wykryty rentgenologicznie; typowy obraz w okresie rozwoju przedstawia się rentgenologicznie, jak twór jajowaty ustawiony pionowo, nie łączący się z obwodem pola płucnego. Owal ten ujęty jest w ciemniejszą otoczkę, która może wykazywać podwójny kontur. Dolna, zaciemniona część owalu odgranicza się linją poziomą od górnej jasnej zony.

Po całkowitem wykrztuszeniu ropy, stwierdza się jasne pole, obramowane otoczką. W okresach wyleczenia stwierdza się zmiany łączno-tkankowe, czasami jedynie w postaci nasilenia cieni naczyniowo-oskrzelowych.

Należy podkreślić, że nie można uwidocznić ropnia za pomocą wprowadzenia lipiodolu drogami oskrzelowemi, a jedynie przez wstrzyknięcie lipiodolu bezpośrednio do jamy przez miąższ płucny.

Przebieg ropni zgorzelinowych przedstawia się nieco inaczej. Początek cierpienia bywa mało uchwytny i istnieje zwykle duża rozbieżność pomiędzy nieznacznemi objawami fizykalnemi, a obrazem rentgenologicznym.

Wykrztuszanie ropy zjawia się wcześniej, plwocina jest cuchnącą. Obraz rentgenoskopowy nie bywa tak wyrazisty jak w postaciach poprzednich. Przebieg kliniczny tych ropni cechuje się obostrzeniami, zwolnieniami i nawrotami nawet po dłuższym okresie spokoju. Czynne ognisko ropne zachowuje się bowiem tutaj długo w obrębie wybitnych zmian łączno-tkankowych. Bakterjologicznie stwierdza się w ropie drobnoustroje liczne i różne, tlenowce i beztlenowce.

Wyleczenie samoistne, aczkolwiek możliwe, zda-

rza się rzadziej i cierpienie posiada skłonność do rozlanego przewlekłego ropienia i rozległych zmian marskich. Ten przebieg zależy od zmian trojakiego rodzaju:

1) Rozszerzenia się zmian martwiczych, które powiększają początkowo wymiary ropnia, prowadzą do znacznych ubytków tkanki i mogą powodować krwotoki.

2) Szerzenie się ropienia przez zlewania się nowych ognisk na obwodzie i wskutek wtórnego zakażenia oskrzelowego.

3) Wybitnego odczynu łączno-tkankowego, obejmującego miąższ płucny, śródpiersie i opłucną wtórnie doprowadzającego do powstawania dużych rozstrzeni oskrzelowych.

Cały szereg warunków specjalnych dla dziecka utrudnia rozpoznanie ropnia płuc. Częściowe wykrztuszanie ropy może nie uwidocznić się wskutek nawykowego łykania plwociny przez dzieci. Z drugiej strony u dzieci częściej niż u dorosłych zdarzają się otorbione ropnie opłucnowe i ropienie w jamach oskrzelowych. Wreszcie cierpienia te mogą współistnieć dając niezmiernie złożone obrazy kliniczne.

W leczeniu ropni płuc u dzieci trzeba przedewszystkiem pamiętać o zdarzającem się często samowyleczeniu, co powinno powstrzymać od nierozważnej i zbyt aktywnej terapji. Częstość wyleczeń potwierdzają w ostatnich latach wszystkie obserwacje demonstrowane w towarzystwach lekarskich. Samowyleczenie odbywa się najczęściej w okresie dwumiesięcznym.

Z chwilą ustalenia rozpoznania ropnia płuc, prowadzi się zwykłe leczenie odpowiadające odoskrzelowemu zapaleniu płuc; często mogę być pożyteczne podskórne wstrzykiwania emetyny w dawkach od 0.01 — 0.03 zależnie od wieku, które powtarza się przez szereg dni.

Leczenie szczepionką lub antyszczepionką z łatwością może być przeprowadzone u dziecka i często bywa stosowane, lecz bez wybitnych i wyraźnych wyników. Wstrzykiwania olejków eterycznych mają tylko znaczenie pomocnicze. Niezłe wyniki mają dawać dożylne wstrzykiwania 33% rozczynu alkoholu etylowego w rozczynie fizjologicznym soli. Stosowanie odmy leczniczej należy odrzucić ze względu na niebezpieczeństwo ropnego zapalenia opłucnej i późniejszą niemożność chirurgicznego otwarcia ropnia.

W przypadkach przewlekających się ropni zgorzelinowych lepiej uciekać się do pneumotomji wykonywanej w dwuch etapach. W pierwszej fazie operacyjnej, po wycięciu żebra, doprowadza się do zrostów opłucnych za pomocą pędzlowania nalewką jodową; po trzech — czterech dniach otwiera się ropień płucny za pomocą żegadła.

W ropniach już powikłanych ropnem zapaleniem opłucnej, nie należy śpieszyć się z otwarciem jamy za pomocą pleurotomji, lecz należy wyczekać, aż powstaną zrosty opłucnej; w międzyczasie wykonywa się tylko aspirację ropy. Następowa pleurotomja doprowadza wtedy do wyleczenia opłucny i jednocześnie komunikującego z nią ropnia płucnego, lub też o ile ropień płuca umiejscowiony jest głęboko, pleurotomja stanowić będzie zarazem pierwszą fazę dla dokonania pneumotomji.

Uwagi o błonicy złośliwej. (Considérations sur les diphtéries malignes mortelles). J. Chalier, Lévrat, Froment et Roman-Monnier.

Annales de Méd. Novembre. 1932.

Autorzy zwracają uwagę na czynnik dotąd mało znany, a który wg. autorów odgrywa w ciężkiej błonicy decydującą rolę, a mianowicie na zmiany nerkowe z towarzyszącą azotemją. Dotąd uwzględniano głównie uszkodzenie mięśnia i aparatu nerwowego serca, zmiany w ośrodkach nerwowych i w nadnerczach. Nie negując znaczenia tych uszkodzeń, a szczególnie zmian w nadnerczach dla patogenezy ciężkiego, śmiertelnego zatrucia błoniczego, autorzy, opierając się na własnych spostrzeżeniach, dochodzą do wniosku, że znaczenie czynnika nerkowego należy postawić na pierwszem miejscu.

Obserwacje kliniczne autorów stanowią wyłącznie przypadki śmiertelne błonicy, poddane dokładnemu badaniu anatomo-patologicznemu.

Obs. I. Angina błonicza, leczenie rozpoczęto późno. Wybitna azotemja. Zgon szóstego dnia. Naczyniowe i miąższowe zmiany w nerkach. Przekrwienie i wybroczyny w nadnerczach.

Obs. II. Angina błonicza, leczona późno. Wybitna azotemja. Zgon w ósmym dniu. Zmiany w nerkach i w nadnerczach, jak wyżej.

Obs. II. Angina błonicza. Azotemja. Zgon szóstego dnia. Rozlane zmiany w nerkach i przekrwienie nadnerczy.

Obs. IV. Angina błonicza, leczona późno. Krup. Odoskrzelowe zapalenie płuc. Azotemja. Zgon siódmego dnia. Przekrwienie nadnerczy i nerek.

Obs. VI. Angina błonicza. Azotemja. Zgon czwartego dnia. Przekrwienie nerek i nadnerczy.

Obs. VII. Angina błonicza i krup. Zgon dziesiątego dnia. Zmiany w nerkach, nadnerczach i w mięśniu sercowem.

Obs. VIII. Angina błonicza + płonica. Azotemja. Zgon w dziesiątym dniu. Wybitne zmiany w nerkach, mniejsze w nadnerczach i sercu.

Obs. IX. Angina błonicza i krup. Wybitna azotemja. Zgon dwunastego dnia. Zmiany nerkowe i sercowe.

Obs. X. Angina błonicza. Powikłania sercowe. Wybitna azotemja. Zgon szesnastego dnia. Zmiany nerkowe i sercowe.

Obs. XII. Angina błonicza. Azotemja. Zgon piątego dnia. Zmiany wyłącznie w nerkach.

Zmiany w nerkach.

Już makroskopowo często można stwierdzić w nerkach przekrwienie. Mikroskopowo stwierdza się zmiany różne; zawsze bywa przekrwienie rozlane lub częściowe, cechujące się wybitnem rozszerzeniem naczyń włosowatych. Dość często widuje się wybroczyny. W niektórych przypadkach istnieją prócz tego zmiany śródmiąższowe w postaci drobnych ognisk zapalnych. Zmiany kłębuszkowe są nieznaczne; w większości przypadków kłębuszki zmian nie wykazują. Częste są natomiast zmiany w kanalikach, o różnem zresztą nasileniu. Stwierdza się wszelkie stopnie przejściowe, aż do zupełnego zniszczenia komórek nabłonkowych. Zmiany te bywają ogniskowe lub rozlane.

Słowem, we wszystkich przypadkach stwierdza się uszkodzenie nerek, cechujące się wybitnem przekrwieniem i zmianami wstecznemi w kanalikach. W przebiegu klinicznym notowano: wybitne

zmniejszenie ilości moczu, wybitny białkomocz; w osadzie — często krwinki, a szczególnie wałeczki ziarniste i nabłonkowe. Czasami liczba wałeczków bywa b. znaczną. Według autorów obecność w moczu licznych wałeczków rokuje niepomyślnie.

W obserwacjach autorów, w jedenastu przypadkach notowano azotemję, nieraz bardzo wybitną, przekraczającą 2 grm. Azotemja w przebiegu błonicy posiada duże znaczenie dla rokowania jako objaw wysoce niepomyślny. Azotemja nie stoi w związku ani z uszkodzeniem serca, ani ze zmniejszoną diurezą, lecz zależy od zmian nerkowych. W błonicy o przebiegu złośliwym prawie zawsze występuje wybitna azotemja, zwykle przekraczająca 1 grm.

Cały szereg objawów występujących w przebiegu złośliwej błonicy, jak to: uporczywy brak łaknienia, wymioty, szybkie wyniszczenie, senność i apatja, zwężenie źrenic, drgawki, wybitna bladość, stoją w związku, według autorów, z azotemją.

Wybitną astenję przypisuje się zwykle niedomodze nadnerczy. Lecz w przypadkach X i XI, w których astenja wybitnie była zaznaczoną, — zmian w nadnerczach nie znaleziono, natomiast miano mocznika we krwi wynosiło 2 gr. 80 i 1 grm. 78, czyli istniała azotemja.

Nadnercza w błonicy złośliwej.

Nadnercza makroskopowo zmian nie wykazywały. Mikroskopowo przeważały objawy przekrwienia, bądź rozlanego, bądź ogniskowego, lecz najbardziej zwykle zaznaczonego w pasie granicznym substancji korowej i rdzeniowej. Naczynia włosowate są bardzo rozszerzone i wypełnione ciałkami czerwonemi. Czasami spotyka się mikroskopowe wybroczyny.

Należy więc podkreślić, że brak makroskopowych zmian w nadnerczach nie wystarcza dla odrzucenia ich istnienia.

Za życia, w związku z niedomogą nadnerczy można wykazać: hypocholesterynemję i hypoglykemję; z objawów klinicznych: wyczerpanie, bóle w jamie brzusznej, obniżenie ciśnienia, wybitną bladość i nagłą zapaść sercową. tż

Na podkreślenie zasługuje jednak fakt, że w przypadku nagłego zejścia śmiertelnego, które zwykle uzależnia się od niedomogi nadnerczy (obs. X) — nie stwierdzono żadnych zmian w nadnerczach.

Serce w przebiegu błonicy złośliwej.

Makroskopowo zmian nie stwierdza się. Barwa i spoistość mięśnia sercowego jest zwykłą, komory nie są rozszerzone. Wsierdzie nie wykazuje zmian. Skrzepy są zwykle pochodzenia pośmiertnego i tylko wyjątkowo zdarza się zakrzep przyżyciowy.

Mikroskopowo, w obserwacjach podanych stwierdzono uszkodzenia mięśnia sercowego w pięciu przypadkach. Najczęściej były to drobne ogniska zapalne. Czasami włókna mięśniowe wykazują zmiany wsteczne.

Klinicznie niedomoga sercowa rzadko występuje w postaci czystej, tak trudno uzależnić ją wyłącznie od czynnika sercowego. Klinicznie spostrzega się: przyśpieszenie czynności serca, tony głuche, rytm płodowy, obniżenie ciśnienia krwi, słabe tętno, oziębienie kończyn. Serce zachowuje wymiary prawidłowe. Powiększenie wątroby rzadko stoi w związku z niedomogą serca, jako wątroba zastoinowa; najczęściej powiększenie wątroby zależy od zmian toksyczno-degeneracyjnych w miąższu. W trzech przypadkach notowali autorzy dużą wątrobę przy braku zupełnym wszelkich zmian w sercu.

Zaburzenia rytmu sercowego stoją w związku albo z tachykardją zależną od uszkodzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, albo w związku z tachykardją komorową.

Wątroba i układ nerwowy w błonicy złośliwej.

Przeważnie stwierdza się zmiany wsteczne w postaci stłuszczenia. Z objawów klinicznych — możliwe jest, że senność i apatja częściowo są uzależnione od uszkodzenia czynności wątroby, a także najprawdopodobniej — zmiany wybroczynowe.

Co do zmian i roli układu nerwowego, to na zasadzie obserwacji autorów nic o tem powiedzieć nie można. Objawy dawniej uzależnione od uszkodzenia ośrodków nerwowych, jak zwolnienie tętna, zaburzenia rytmu, śmierć nagła, zależą od zatrucia ważnych narządów miąższowych.

A więc, we wszystkich przypadkach stwierdzono zmiany w nerkach, w nadnerczach osiem razy (na 12), w sercu tylko w pięciu przypadkach. Reasumując, autorzy dochodzą do wniosku, że śmierć w błonicy złośliwej jest wynikiem zatrucia szeregu narządów, z których co do częstości i znaczenia na pierwszem miejscu należy postawić nerki, następnie nadnercza i wreszcie serce.

Z punktu widzenia praktycznego pozwala to na ustalenie niepomyślnego rokowania, opierając się na stwierdzeniu azotemji łącznie z obecnością licznych wałeczków w moczu. Stwierdzenie w błonicy miana mocznika we krwi przekraczającego 1 grm., przy dwóch powtórnych badaniach, pozwala na ustalenie złego rokowania, z którego wyjątki zdarzają się niezmiernie rzadko.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Mechanizm chorobotwórczy, objawy kliniczne i leczenie powikłań po wycięciu pęcherza żółciowego. (Pathogénie, étude clinique et traitement médical des sequelles de la cholecystectomie) — temat programowy Zjazdu Międzynarodowego w sprawie kamicy żółciowej w 1932 roku. Donnet, Wilkie, Gosset, Petit-Dutaillis i Giraud.

La Presse Méd. N. 78, wrzesień 1932.

Jak wykazały liczne odnośne doświadczenia na psach, wycięcie pęcherza żółciowego powoduje znaczne rozszerzenie przewodów żółciowych zewnątrzwątrobowych (kikut przewodu pęcherzowego osiągał wielkość prawidłowego pęcherza), a z czasem i wewnątrzwątrobowych, rozległe złuszczanie nabłonków przewodów i zbliznowacenie i zaniki ich ścian, przewody żółciowe ulegają zakażeniu, a wydalanie żółci i trawienie (tłuszczów!) — poważnie zostają zakłócone.

Następujące cztery zespoły kliniczne dają wskazania do wycięcia pęcherza żółciowego: 1) ostre zatkanie przewodu pęcherzowego, 2) przewlekła kolka pęcherzowa, 3) odruchowe zaburzenia żołądkowo-dwunastnicze i 4) odległe objawy zatrucia. Pod względem anatomo-patologicznym kwalifikuje się do wycięcia każdy pęcherz żółciowy, który wykazuje wyraźne zmiany zakaźno-zapalne jego ściany. Przy uwzględnieniu odpowiedniego leczenia przed- i pooperacyjnego

sam zabieg jest względnie dobrotliwy i większego ryzyka dla chorego nie przedstawia. Wyniki pooperacyjne są nacgół bardzo dobre we wszystkich tych przypadkach, w których przed operacją były objawy kolki pęcherzowej, jeśli nie miała tu miejsca jednocześnie kamica przewodu wspólnego, wrzód dwunastnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego i t. p. W pozostałych, jednakże, przypadkach, w których wskazaniem do wycięcia pęcherza były zaburzenia żołądkowo-dwunastnicze (nadkwaśność, złe trawienie tłuszczów) i objawy zatrucia (myocarditis toxica, schorzenia stawów, nerek), wyniki pooperacyjne są gorsze i objawy chorobowe ustępują całkowicie dopiero po zastosowaniu po operacji odpowiedniego leczenia wewnętrznego (dietetyczno - higjeniczno - mineralnego).

Sumienne i dokładne spostrzeganie chorych po wycięciu pęcherza żółciowego wykazuje, że z pośród nich 40% odczuwa następowo pewne niewielkie dolegliwości, które zresztą nie upośledzają zwykle ich zdolności do pracy; są to drobne zaburzenia w trawieniu i niezbyt dokuczliwe bóle w miejscu operacji. Jednakże w 5 — 10% wszystkich operowanych przypadków dolegliwości te są znaczne i czasami nawet zmuszają chorego do poddania się wtórnej operacji. Pamiętać o tem należy, kiedy się namawia odnośnych chorych do operacji i zapewnia ich, że po operacji będą napewno zdrowi.

Powtórna operacja będzie wskazana w następujących przypadkach: a) kolka żółciowa z żółtaczką, b) przetoka żółciowa pooperacyjna, c) periduodenitis, pericolitis stenosans. Żółtaczka pooperacyjna rzadziej zależy od obecności kamienia w przewodzie wspólnym, niezauważonego w czasie operacji, zwykle zaś — od przejściowego zapalenia trzustki lub zapalenia przewodu wspólnego względnie przewodów wewnątrzwątrobowych. Wytworzenie czasowej przetoki zewnętrznej przewodu wspólnego zwykle prowadzi do ostatecznego wyzdrowienia.

Przetoki żółciowe są przeważnie następstwem przypadkowego obrażenia w czasie operacji przewodu wspólnego. Dają rokowanie poważne .Wtórne operacje dają dużą śmiertelność i niepewne wyniki.

Zrostowe zapalenie otrzewnej dookoładwunastnicze i dookołaokrążnicowe, powodujące zwężenie światła tych narządów, wymagają następowego przecięcia zrostów względnie odpowiednich zespoleń (gastroenterostamia, colocolostomia i t. p.); rokowanie tu jest dobre.

Naogół można powiedzieć, że wszystkie przypadki zapalenia z daleko posuniętemi zmianami anatomicznemi (nawet bez kamieni), dają rokowanie po wycięciu pecherza dobre. W pozostałych przypadkach rokowanie jest znacznie mniej pewne.

Co się tyczy następowego leczenia pooperacyjnego, to wskazane jest ono prawie we wszystkich przypadkach, gdyż przez wycięcie pęcherza zostają usunięte kamienie i miejscowe ognisko zakaźne, ale pozostają pewne zaburzenia ze strony wątroby i płynów tkankowych, które usposabiają — między innemi — do powstawania nowych kamieni; to samo dotyczy utrzymującego się jeszcze po operacji zakażenia przewodów żółciowych i wtórnych zaburzeń ze strony innych narządów.

Wszystkie te pozostałości pooperacyjne wymagają intensywnego leczenia dietetyczno-higjenicznego, w którem picie wód mineralnych gra rolę niepoślednią.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Uwagi o miejscowem leczeniu szczepionkami w wypadkach sinusitis maxillaris. (Note sur la vaccination locale dans le traitement des sinusites maxillaires). Helsmortel J.
Annales d'oto-laryngologie. 1931. N. 2.

Autor rozporządza spostrzeżeniami 50 przypadków sinusitis maxillaris. Leczenie polega na codziennem przepłukaniu zatoki solą fizjologiczną z następową aplikacją antivirusu (bulionu szczepionkowego) sporządzonego z ropy własnej pacjenta. Do sporządzenia tegoż służy ropa z pierwszego przepłukania. Zanim pracownia antivirus sporządzi, stosuje autor tymczasowo antivirus handlowy (stock-antivirus). Czas wymagany dla wyleczenia jest tem dłuższy, im sprawa trwała już dłużej. Jeden z chorych wyleczył się dopiero po 3 miesiącach. Autor zanotował w swej praktyce tylko 3 wypadki niepowodzenia u dwóch, — jak wykazała operacja — rozchodziło się o polipy Higmora, w trzecim również operowanym, — o zakażenie krętkiem , w tym wypadku stosowanie nowarsenobenzolu miejscowe i dożylne również było bezskuteczne.

Czółenko do automatycznego przepłukiwania ucha w przypadku ropnego zapalenia ucha środkowego (Pipette automatique servant a irriger les otites purulentes) Zamenhof (Warszawa)
J. w. N. 3.

Dwa szklane naczyńka dają się z łatwością złożyć w jedno dobrze uchwytne. Jedno znich (A) ma otwór do wlania płynu i dzióbek odpływowy (do ucha). Drugie (B) ma dzióbek odpływowy (z ucha), (obejmujący, jak futerał, poprzedni) i od dołu dno. Pacjent, wlawszy płyn (lekarstwo) do naczyńka A i złączywszy A z B może bardzo poręcznie sam swe ucho przepłukiwać. Płyn po przepłynięciu przez ucho zatrzymuje się na dnie naczyńka B. Przyrząd jest aseptyczny, zabezpiecza przed zbyt dużem ciśnieniem, umożliwia obsłużenie się przez samego chorego i upraszcza przez to znacznie leczenie (Referent może przyrząd ten praktykom jak najbardziej polecić).

Znieczulenie u dziecka przy operacji trzeciego migdałka i wyłuszczeniu migdałków. (De l'anesthesie locale chez l'enfant dans l'adénectomie et l'amygdalectomie). Rendu R.
J. w. N. 5.

Doświadczenia autora obejmują 120 wyłuszczeń migdałków i 350 adenotomii. Spostrzeżenia jego, ciekawe zarówno da internisty, pedjatry jak i laryngologa stwierdzają, wbrew ogólnemu poglądowi, że kokaina stosowana na śluzówkę, jakotęż nowokaina wstrzykiwana podśluzowo, są przez dzieci doskonale, — nawet lepiej niż przez dorosłych — znoszone. W jego statystyce znajduje się dwóch osesków 8-o i 10-o miesięcznych odnośnie do kokainy a najmłodszy wiek, w którym stosował (podśluzowo) nowokainę dotyczy dwuch

osobników 30, wzgl. 35 miesięcznych. Injekcje nowokainy stosował autor przy tonsylectomii, zaś kokainę na śluzówkę przy adenotomii, z czasem jednak i do adenotomii zaczął stosować injekcje nowokainy podśluzowo odpowiednio zgiętą igłą, wprowadzoną przez usta do jamy nosogardłowej.

Kokainę stosuje autor w każdym razie przed nowokainą jako znieczulenie wstępne i to naraz w ilości paru do pięciu kropli rozczynu 5% do każdego otworu nosowego w ..zycji leżącej z hyperekstensją głowy (pozycja Rosego). Nowokainę stosuje autor w rozczynie 2%, uważa jednak 1, wzgl. ½% rozczyn za również wystarczający. Na 10 gram. rozczynu, które autor w połowie lub całości zużywa na znieczulenie, dochodzi 0,5 adrenaliny 1°/₀₀. Przypadków przykrych, a tembardziej sytuacji groźnych autor wogóle przy swych znieczuleniach nie spostrzegł.

Wobec tego czuje się upoważniony do wniosku, że poglądy rozpowszechnione i za dogmat uznane przez największe autorytety (jak *Lermoyez*, *Reverchon*, *Portman* i inni) o niedopuszczalności znieczulenia miejscowego w wieku dziecięcym są mylne. Znieczulenie jest przeciwnie skuteczne, praktyczne i bezpieczne. Ostatnio stwierdził autor, że wyniki jego nie są odosobnione, albowiem w zakresie operacji migdałków doszedł do podobnych wniosków *Prévot* w Marsylji, a w zakresie chirurgji ogólnej *Rocher* w Bordeaux, który na klinice stosuje u dzieci znieczulenie lędźwiowe.

Jeszcze jedną cenną uwagę dodaje autor. Są trzy typy dzieci. Jedne są od pierwszej chwili spokojne i rozsądne. Drugie krzyczą z początku, lecz skoro tylko zauważyły, że nie boli, uspokajają się. Trzecie krzyczą od początku do końca ze strachu a nazajutrz przyznają że zabieg był bezbolesny. Wreszcie podaje autor pewne przepisy (nie nowe) dla uzyskania nienagannej anestezji.

Gruźlica błędnika. (La tuberculose du labyrinthe). Rigaud P.

J. w. N. 6.

Gruźlica błędnika(G. b.) jest zawsze wtórna. Gruźlica być może przenosi się także na błędnik na drodze krwiobiegu, lecz nie jest to naukowo udowodnione. Klinicznie mamy liczyć się z trzema drogami infekcji. 1) z ucha środkowego (otitis media), 2) z kości skalistej i 3) z opon (meningitis tbc) wzdłuż nerwu VIII-go. Najważniejszą, bo najczęściej stwierdzaną i przystępną leczeniu jest droga pierwsza.

Symptomatologja jest dość skąpa. Najprostsze będzie stwierdzenie samej labirinthitis (l). Dla stwierdzenia pochodzenia gruźliczego warto wiedzieć, że rozwój tej I. ma charakter podstępny, u-bogi w symptomy, bez zawrotów, bez szumu, natomiast cechuje się gwałtownym ubytkiem wzgl. szybką utratą słuchu. *Rutten* podaje jako charakterystyczny odwrócony przejaw przetokowy t. j. że przy zgęszczaniu powietrza w przewodzie oczopląs skierowany jest (szybką amplituda) ku stronie zdrowej, przy rozrzedzaniu czyli aspiracji — ku stronie chorej. Dalsze cechy i wielokrotność przedziurawień błony bębenkowej, bezbolesność przebiegu, duże zniszczenie w obrębie sklepienia jamy bębenkowej i kosteczek, blady kolor, oporność konsystencji, mała tendencja do krwawienia (przy dotyku lub zabiegu) i duża skłonność do odrastania ze strony granulacji. Dotego dochodzą oczywiście badania bakterjologiczne, mało pewne i mało w praktyce codziennej stosowalne. Czasem za ziarniną odnajduje się martwiaki. Z powikłań zasługują na uwagi: porażenia n. twarzowego, arozja carotis interna i menigitis tbc. (labyrinthogenes) Terapja: Bez leczenia rokowanie jest absolutnie złe przy progresji stosunkowo powolnej. Jedyne możliwe leczenie otitis media tuberculosa — t. j. chirurgiczne — wymaga jednak licznych zastrzeżeń. Przy gruźlicy płuc operacja nie jest wskazaną, również przy lichym stanie ogólnym organizmu. W razie wystąpienia labyrinthitis usunięcie wszelkich zmian w uchu środkowym i w końcu labyrintektomia są jedyną możliwością ratunku i to w razie niezwłocznej interwencji, z którą musi współdziałać leczenie ogólne.

Uwagi o tracheostomii. (Considerations sur la tracheostomie). Elbaz J.

J. w. N. 3.

Autor referuje postępowanie profesora Sebileau przy nagłej tracheotomji. Jak z tego referatu widać, cechami odróżniającemi, w stosunku od utartego typu w klinikach środkowej Europy, w szczególności szkoły niemieckiej są: 1) zasadniczo długie cięcie (8 — 10 ctm.), sięgające najmniej od górnego wcięcia chrząstki tarczowej (a nawet i wyżej) aż do okolicy wcięcia mostkowego, 2) cięcie idzie odrazu przez skórę, tkankę podskórną i linea alba (szkoła niemiecka radzi naciąć tę ostatnią poprzecznie w górnej okolicy rany i potem rozciąć ją podłużnie na sondzie rowkowanej), 3) oddzielenie górnej i dolnej granicy isthmus gland. thyreoideae, założenie 2 pinców po bokach, przecięcie isthmus w linji środkowej, a potem dopiero odpreparowanie obu połaci od tchawicy, wreszcie podwiązanie miąższu gruczołu pod pinsem po obu stronach (szkoła niemiecka radzi poprzecznie tuż pod cart. cricoidea przeciąć powięź tarczowo-krtaniową i na tępo oddzielić od góry isthmus od tchawicy, a inne metody rezerwuje tylko od wypadku, 4) Tracheostomia: Przed aktem rozcięcia tchawicy, a w razie wielkiej nagłości tuż po nim przeprowadza się silnie zgiętą igłą Reverdina po każdej stronie po jednej grubej nitce przez światło tchawicy i oba końce każdej nitki przez mięśnie, i skórę, gdzie się je związuje. W ten sposób unika się: 1) ropni w tkance przedtchawiczej, 2) niebezpieczeństw zrobienia fałszywej drogi kaniula tracheotomiiną, wreszcie 3) trudności repozycji kaniuli w razie jej wyskoczenia lub wczesnej wymiany. Szwy laryngostomji wyjmuje się na 3-ci lub 4-ty dzień po operacji. Po definitywnej dekaniulacji rana zamyka się sama jak po tracheotomji zwykłej.

Leczenie sinusitis acuta. (Le traitement des sinusites frontales aigues). Sagols H.

J. w. N. 7.

Symptomatologja praca ta się nie zajmuje.

Na pierwszym planie leczenie sinusitis frontalis acuta (s. f. a.) znajduje się profilaksa t. j. odpowiednie zarządzenia wrazie ostrego nieżytu nosa, powikłanego — jak to bywa niezmiernie często, — objawami nieżytowemi ze strony zatoki. czołowej. Temi zarządzeniami są: łóżko, wszelakiego rodzaju inhalacje, wkraplanie nosowe kropli przetworów srebrowych czyli terapia znana pod rubryką rhinitis. Przy zwalczaniu zaistniałej,

jawnej klinicznej s. f. a. musimy odróżnić dwie grupy s. f. a. 1) simplex i 2) complicata. W pierwszej zaś okres ostry i podostry. W ostrym leczenie podzielimy na a) ogólne i b) miejscowe c) zwalczanie bólu (a przez to poniekąd i zapalenia) drogą zastrzyków znieczulających w okolicę nerwów czuciowych odnośnej okolicy i d) zwrócenie uwagi na nierzadko współistniejącą sinusitis maxillaris, wywołuiaca wtórnie objawy ze strony zatoki czołowej. Ad a): łóżko, nasycenie atmosfery pokoju rozpylonymi olejkami jak benzoes, eucalyptus itp., zwalczanie bólu zapomocą b) tinctura aconiti 15 — 20 kropli lub 2 razy dziennie pilulae aconitini à 0,0003, jedno i drugie podane w herbacie, proszek Erba (aspirini, phenacetini à a 0,5 coffeini 0,10, codeini phosph 0,04, 1 do 2 razy dziennie; proszek Mour'a: aspirini 0,5 chinini hydrobromici 0,3, 1 do 2 razy dziennie w ciężkich wypadkach wchodzi w rachubę vaccinoterapia. Ad. b) okłady na okolicę czołową, czasem gorące, czasem zimne, Lampa Brüningsa na głowę, kataplasmy z antiflogistyny + wilgotne ciepłe okłady na te kataplasmy (dla dłuższego utrzymania ciepła); endonasalnie inhalacje n. p. tinctura Benzoes et Eucalypti àa Mentholi 4,0, alcoholi concentrati 90% 100 : ½ — 1 łyżeczki na garnek wrzącej wody do wziewania przez 5 minut (Menthol u małych dzieci jest przeciwskazany!) — rozpylania do nosa małym rozpylaczem olejkowym rozczynem Cocain 0,5 adrenalini 1‰ 3,0, glycerini 30,0 aquae laurocerasi 20,0, lub adrenalini 1‰ 3,0, chloreton 2,0, olei paraffini neutrali 30,0, wreszcie (w razie wyszkolenia rhinologicznego) pendzlowanie meatus medius narium zapomocą rozczynu kokainy i adrenaliny (2 razy dziennie i to przed inhalacją). Ad c): Rozchodzi się tu o zastrzyki w okolicę n. nasalis internus i n. frontalis externus. Metod jest wiele. należą one więcej do zakresu specjalisty. Używa się naogół rozczynu 1% novocainy z dodatkiem adrenaliny i ewentualnie też kokainy. Ad d): Wykrywszy sinusitis maxillaris purulenta, będziemy ją punktować i przepłukiwać, a niejednokrotnie ipso facto ustąpia objawy s. f. a., pozostającei pod wpływem tamtego cierpienia, a zwłaszcza bóle, co tłomaczą się promieniowaniem bólu w różne gałęzie tego samego nerwu trójdzielnego. W okresie podostrym leczenie jest jużto zachowawcze; zaliczymy tu balneoterapię, a zwłaszcza picie i inhalacje wód źródeł siarczanych, następnie w niektórych razach diatermię jako środek antalgetyczny i antyflogistyczny — już to chirurgiczne, leżące w zakresie specjalisty i wymagające wszelkiej znajomości terenu i techniki, przezorności, ogledności i odpowiedniego instrumentarjum. Zaliczymy tu sondowanie canalis nasofrontalis, usuwanie dysponujących zmian w nosie, jak wygięcie przegrody uciskającej na ostium nasofrontale, muszlę średnią i wreszcie ethmoidektomię endonasalna najróżniejszemi metodami, które podali Moure - Portmann, Halle, Mosher, Luc, Vacher-Denis, Bourghet i inni. Przechodzimy do formy powikłanej. I tu odróżnimy leczenie zachowawcze, nie różniące się od podanego powyżej, a odnoszące się szczególnie do formy przedstawiającej się bardzo groźnie, a nieraz już z tragicznym efektem niepotrzebnie operowanej. Cechuje się ona obrzękiem w okolicy oka, opadnię-

ciem powieki, wysoką temperaturą, bólem i przechodzi zazwyczaj sama (forme fluxionnaire). Leczenie chirurgiczne rezerwowane jest dla s. f. a. complicata sensu stricto, gdzie mamy do czynienia z retencją ropy w zatoce czołowej. Zabieg jest poprzedzony zdjęciem rentgenowskiem, orjentującym szczegółowo co do rozmiarów i położenia sinus frontalis. Zabieg polega wyłącznie na względnie niedużej incysji od łuku brwiowego ku dorsum nasi i stworzeniu otworu wielkości ostatniej falangi małego palca nad szwem fronto-maxillarnym. Nie wolno skrobać śluzówki zatoki. Założony drenik stopniowo się wycofuje. Zabieg to nieduży o nadzwyczajnym efekcie.

A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Badania nad cukromoczem ciężarnych. (Recherches sur la glucosurie et la lactosurie gravidiques). Snoeck J. J.

Arch. intern. Méd. exper. 7, str. 1—100, 1932 r.

Cukier gronowy zdaniem autora stwierdza się w moczu kobiet ciężarnych znacznie rzadziej niż to wynikałoby z piśmiennictwa, a mianowicie zaledwie w 3% przypadków.

Ilość cukru we krwi jest nawet nieco niższa w ciąży niż po poza nią (73 mg. % zamiast 83 mg. %). Fakt ten przemawia przeciwko uzależnieniu cukromoczu od niedomogi trzustki lub wątroby. Natomiast po obciążeniu organizmu 50 gr. glukozy, występuje ona w moczu u 17% ciężarnych. Blisko w 50% tych przypadków podnosi się również zawartość cukru we krwi, co świadczy, że jednak wątroba nie może sobie dać rady z podaną w próbie glukozą. Ten sam objaw stwierdza się we wszystkich przypadkach, w których, uprzednio przed próbą stwierdzono cukromocz samoistny. Biorąc pod uwagę wyż. przytoczone doświadczenia autor przypuszcza, że cukromocz ciężarnych zależy przedewszystkiem od nadmiernej przepuszczalności nerek na cukier, a tylko nadmierne obciążenie organizmu glukozą uwidacznia zaburzenie funkcji wątroby.

Jeszcze rzadszym objawem od glukosurji (wydalania glukozy przez mocz) jest lactosurja (wydalanie lactozy przez mocz), która zdarza się zaledwie w 10% u kobiet ciężarnych.

Badania nad wahaniami zasobu zasad po zabiegach operacyjnych. (Etude des variations de la réserve alcaline aprés les interventions chirurgicales, l'hystérectomie pour fibrome en particulier). Leveuf J., Gallais.

C. r. Soc. Biol. Paris 109, 735, 1932 r.

Autorzy stwierdzili spadek zasobu zasad w czasie operacji, który spada najniżej w 6 godz. po niej. Powrót do normy następuje w rozmaicie szybkim czasie zależnie od zabiegu i narkozy.

Szczególnie ciekawie zachowuje się krzywa po wycięciu macicy z powodu mięśniaków. W tych przypadkach zasób zasad podnosi się po operacji i dochodzi do poziomu, na którym przedtem nigdy nie stał przed operacją.

Z powyższej obserwacji autorzy wyciągają wniosek, że w przypadkach mięśniaków mamy do czynienia z zakwaszeniem organizmu, które ustępuje po usunięciu nowotworu.

Badania fizjologiczne i kliniczne nad hormonem przedniego płata przysadki mózgowej. (Etude physiologique et clinique d'une hormone antéhypophysaire). Laroche G., H. Simonnet.

Presse Méd. 1932 I, 710.

Po omówieniu podstaw teoretycznych autorzy zdają sprawozdanie z leczenia hormonem przedniego płata przysadki mózgowej 50 przyp. zaburzeń miesiączkowania. Obserwowano z tego 34 przypadki z poprawą w 26 (76%). Wynik leczniczy polegał na powiększeniu się ilościowem krwawień miesiączkowych i na zniknięciu lub osłabieniu dodatkowych objawów ogólnych. Trwałość wyników była dość rozmaita, niekiedy znikały one jednocześnie z zaprzestaniem injekcji, niekiedy wynik był nieco trwalszy po II serji injekcji, niekiedy w tej drugiej serji należało bardzo znacznie podnosić dawki.

Najlepsze wyniki osiągnięto u bardzo młodych dziewcząt, w przypadkach braku miesiączki, i bolesnego miesiączkowania.

Przeciwskazania do omawianego leczenia, zdaniem autorów nie istnieją. (Obserwowano torbielowate powiększenia się jajników).

Leczenie mięśniaków macicy wywołujących krwawienie zapomocą promieni Roentgena. (Traitement des fibromes hémorragiques par la radiothérapie). Santy.

Gynécologie T. 31, N. VII, str. 386, 1932 r.

Autor stosował naświetlanie promieniami X, jajników w przypadkach krwawiących mięśniaków macicy dawką około 5000 R. na jajnik. Wyniki były bardzo dobre na 42 przypadków raz tylko zmuszony był powtórzyć naświetlanie z powodu nawrotu krwawienia.

W przypadkach z daleko posuniętą niedokrwistością stosowano przedewszystkiem naświetlanie śledziony z dobrym skutkiem.

Zaznaczyć trzeba, że we wszystkich przypadkach stwierdzono zmniejszenie się guzów, jednakowoż nieznaczne; występuje ono zazwyczaj po 6 miesiącach.

Do leczenia energją promienną wybierano nie zbyt wielkie guzy i w których jedynym objawem było krwawienie. Przypadki te stanowiły zaledwie 10% ogólnej liczby mięśniaków obserwowanych w tym samym czasie.

Wycięcie częściowe nerwu współczulnego miednicy małej w przypadkach bólów spowodowanych rakiem szyjki macicy. (La résection du sympatique pelvien dans les névralgies pelviennes liées au cancer du col). Cotte Gaston.

Gynécologie. T. 31. N. 7, 1932, str. 377.

Autor w pięciu przypadkach wykonał swoją operację częściowego wycięcia nerwu przedkrzyżowego (n. praesacralis) w celu opanowania nieznośnych bólów spowodowanych daleko posuniętym rakiem macicy.

Wyniki naogół były dobre choć nie można je uważać za absolutnie pewne. Wynik przejściowy miał miejsce tylko w jednym przypadku w pozostałych trwał on lub do końca życia pacjentki lub ponad kilka miesięcy.

Wynik ten nie powinien być zlekceważony skoro się weźmie pod uwagę, że narkotyki w miarę ich stałego podawania tracą swą pierwotną

siłę działania, a ponadto są przypadki o tak znacznem napięciu bóli, że już bardzo szybko morfina nie pomaga.

Oczywista wycięcie nerwu przedkrzyżowego bynajmniej nie jest wskazane w każdym przypadku raka szyjki, więcej, nie do każdego przypadku raka operacja ta się nadaje, nawet tam gdzie napięcie bólu jest bardzo znaczne.

Chodzi mianowicie o to, że operacja Cotte'a nadaje się tam gdzie bóle zależą od ucisku pierwotnego lub wtórnego na plexus hypogastricus, a nie nadaje się do zwalczania bolesności wynikłej z podrażnienia korzonków przednich i wogóle pni nerwowych biorących początek bezpośrednio z ośrodkowego układu nerwowego.

Wśród rozmaitych operacji na układzie współczulnym, których prototypem jest operacja Leriche'a wybrać należy zdaniem autora jego wycięcie nerwu przedkrzyżowego, gdyż technicznie jest ono najprostsze, co nie jest bez znaczenia u chorych rakowatych zazwyczaj mocno osłabionych. Jedyne zastrzeżenie, które tu wnieść należy to fakt, że po wycięciu nerwu przedkrzyżowego pozostaje niekiedy bolesność lub świąd w odpowiednich przypadkach w przednim lub tylnym odcinku sromu, tak że lecznicze działanie uwidacznia się tylko na odcinku środkowym. Proponują wobec tego dodanie do omawianej operacji usunięcie włókien n. współczulnego dookoła tętnicy podbrzusznej lub przecięcie art. haemoroidalis. Wyniki jeszcze nie są znane.

Przyczyny niepowodzeń operacyjnego ubezpłodnienia. (Les causes de l'échec de la stérilisation chirurgical). Pokrowsky W. A.
Gynécologie. T. 31, 1932 r. N. VI, str. 363.

Opierając się na osobistych obserwacjach i na danych z piśmiennictwa autor dochodzi do następujących wniosków, co do przyczyn niepowodzeń operacyjnego ubezpłodnienia.

1) Podwiązanie jajowodu z następowem jego przecięciem może nie zamknąć światła trąbki.

2) Mocno zaciągnięta ligatura, zwłaszcza jedwabna, może przeciąć jajowód i spowodować przetokę jajowodowo-otrzewnową.

3) Pomimo wycięcia kawałka trąbki z podwiązaniem jej końców może przyjść do przywrócenia jej drożności, dzięki zrośnięciu się przeciętych brzegów.

4) Zapuszczenie końca jajowodu pomiędzy blaszki więzadła szerokiego niekiedy nie udaje się o tyle, że szew puszcza i jajowód łączy się swem światłem z jamą otrzewnową.

5) Po wycięciu jajowodu wraz z rogiem macicy może wytworzyć się przetoka maciczno-otrzewnowa.

6) W związku z powyższem dbać należy w czasie operacji o bardzo dokładne pokrycie otrzewną przymacicznej części jajowodu.

Na zakończenie autor zastanawia się nad mechanizmem przedostawania się jaja do jajowodu zwłaszcza w przypadkach patologicznych, gdzie brak strzępków. Szczególnie zadziwiające jest przedostanie się jaja przez przetokę jajowodowo — lub maciczno-otrzewnową. Trudno mówić tu o ruchu strzępków, jak również o ruchu rzęsek nabłonka jajowodu, a tembardziej o sile prądu płynu z pękającego pęcherzyka Graafa. Za najbardziej prawdopodobne uważa autor ssącą siłę jajowodu lub macicę jako siłę wciągającą

jaje do wnętrza narządu rodnego. Na poparcie tej hypotezy autor przypomina znane dane o peristaltyce trąbki i o skurczach macicy nieciężarnej, zwłaszcza w zakresie jej rogów.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Ziarniniak limfatyczny złośliwy a gruźlica. (Lymphogranulomatose maligne et tuberculose). F. Bezançon, Weismann-Netter, Oumansky i Delarne).
Presse Médic. N. 35, 1932.

Spór o udział gruźlicy w etjologji ziarniniaka limfatycznego złośliwego trwa do dzisiaj bez wi-

docznego kierunku przeważającego w jedną lub drugą stronę.

Na podstawie szczegółowej obserwacji 6-ciu przypadków ziarniniaka limfatycznego złośliwego, z których w trzech nie stwierdzono nawet śladów gruźlicy — autorzy twierdzą, że gruźlica nie odgrywa żadnej roli w etjologji choroby Sternberga-Paltauf'a. Badania kliniczne nie wykazały obecności gruźlicy w narządach zajętych przez ziarniniaka limfatycznego. Szczepienia gruczołów chłonnych, tkanki ziarniniakowej i innych organów na zwierzęta dają wyniki ujemne. Autopsja wykazuje obecność swoistych zmian dla ziarniniaków, nie mających nic wspólnego z gruźliczemi. Współistnienie gruźlicy i ziarniniaka limfatycznego złośliwego uważają autorzy jedynie za zbieg okoliczności.

Dwa różne typy schorzeń owłosionej skóry głowy spotykane najczęściej u mężczyzn i kobiet w wieku dojrzałym. (Opposition, chez l'homme et chez la femme, des affections du cuir chevelu les plus communes á l'âge mûr). F. S a b o u r a u d.

Le Vieux Bistouri, 1932. N. 48.

W wieku pomiędzy 35-ym a 50-ym rokiem życia u mężczyzn i kobiet spotykamy najczęściej schorzenia skóry a zwłaszcza owłosionej głowy stojące niejako na 2-ch krańcowych biegunach pod względem klinicznym i etjologicznym.

U mężczyzn zwykle otyłych o budowie pletorycznej znajdujemy na karku liczne około mieszkowe zmiany ropne, nawet czyraki ewentualnie blizny po tych wykwitach, które mogą zajmować nietylko kark, ale i całą okolicę potylicy, pozostawiając liczne blizny. Ten typ mężczyzn należy zawsze do obficie odżywiających się i pijących duże ilości płynów. Takiego typu nie spotykamy wśród kobiet. Nie jest rzeczą praktyczną napominać tych chorych aby mniej jedli i pili, gdyż z pewnością nie zastosują się do tego.

Autor radzi zabronić jednego tylko pokarmu, np. chleba, zagrozić choremu w przyszłości powstaniem cukrzycy a ta wskazówka przy równoczesnem leczeniu miejscowem należycie spełniona odda dużą usługę.

U kobiet w tym wieku spotykamy się często z wybitnem swędzeniem skóry, którego nie tłumaczą minimalne zmiany znajdowane równocześnie na skórze. To swędzenie może mieć 3 przyczyny: I wszawica, o której można chorej powiedzieć po znalezieniu żywego insektu. Jest to jedyny argument dla chorej przekonywujący. II. swędzenie u narkomanek (alkoholiczek, kokainistek, morfinistek), cechuje się całkowitym brakiem jakichkolwiek wykwitów na skórze, znamienne dla nich są natomiast niespokojne sny o cechach koszmarów (gady, płazy i t. p.). III. neurodermitis Brocq'a, schorzenie do rozpoznania łatwe o ile sadowi się na karku, trudniejsze do rozpoznania na owłosionej skórze głowy. Objawia się zgrubieniem skóry, tworzącem niejako medaljon, czasem z zaczerwieniem. Wykwit ten jest wyniosły pokryty świeżemi łuskami, nie jest on niczem innem, jak tylko ograniczonem zliszajowaceniem o cechach przewlekłych, pochodzenia paciorkowcowego. Leczenie naprzemian nalewką jodową 1:100 i maścią z dodatkiem Ol. Cadini (3 — 10%) daje dobre wyniki.

„Le bouton d'huile". A n d r é F e i l.

Presse Médic. N. 82. 1932.

U robotników, mających styczność z oliwą i smarami, a więc przedewszystkiem u mechaników i czyszczących maszyny różnego rodzaju spotyka się często zmiany skóry, które stanowią odrębny typ schorzenia zawodowego.

Schorzenie rozpoczyna się lekkim swędzeniem skóry — poczem na przedramieniu i na grzbietach rąk i palców pojawiają się czarne punkty, które ani myciem, ani drapaniem nie dają się usunąć. Ten okres odpowiada zatkaniu ujść mieszków włosowych pyłem zmieszanym z oliwą. Następnym etapem schorzenia jest powstawanie rzeczywistych wągrów skutkiem nagromadzenia się wydzieliny w zatkanym mieszku. Do tych zmian w samych mieszkach dołączają się szybko okołomieszkowe (perifolliculitis), co klinicznie objawia się powstaniem żywo-czerwonych płaskich grudek, w których środku tkwi wągier lub później ropny pęcherzyk. W tym okresie osutka podobna jest do ospowej, wyjątkowo ma charakter osutki głębokiej czyrakowatej.

Z chwilą gdy raz gronkowce rozpoczęły swoją działalność — wykwity szybko mnożą się i ulegają wszystkie zakażenia. Schorzenie zwykle ogranicza się do odkrytych części kończyn górnych, niekiedy zajmuje także przednie powierzchnie uda, łydki i brzuch. Twarz i szyja bywają zajęte u drapiących się i mających zwyczaj ocierania potu z twarzy zanieczyszczonemi rękami.

Wbrew nazwie schorzenie nie zależy wyłącznie od szkodliwego wpływu oliwy. Ponadto konieczny jest udział bakterji i pyłu, który dopiero zmieszany z oliwą wywołuje zmiany w mieszkach włosów.

Leczenie: mycie gorącą wodą i mydłem, opróżnianie mieszków przez wygniatanie, po opróżnieniu odkażanie większych mieszków nalewką jodową, zwilżanie zajętej skóry 5% wodną zawiesiną siarki, z dodatkiem gliceryny, alkoholu, ewentualnie talku.

Zapobieganie: używanie w przemyśle oliwy możliwie mało drażniącej i pozbawionej mikrobów ewentualnie wyjałowionej, noszenie przy pracy odzieży impregnowanej, dokładne mycie i zmiana odzieży po ukończeniu pracy, wyłączenie z pracy osobników wykazujących skłonność do zmian okołomieszkowych.

Figówka a promienie X. (Sycosis et rayons X). A. M a r i n. L

Presse médic. N. 90. 1932.

Schorzenie rozpoczyna się często pod postacią liszajca ewentualnie powierzchownych zmian w ujściach mieszków włosowych (ostiofolliculitis). Zakażenie następowo drąży w głąb mieszka, dając wykwit typowy dla figówki, t. j. ropny pęcherzyk przekłuty włosem a w jego otoczeniu rozmaitego nasilenia obwódkę zapalną. Wykwity znajdują się na twarzy tam, gdzie są włosy t. zw. duże. Jest to schorzenie uporczywe w leczeniu, może trwać nawet lata, wywołując w końcu trwałe pozbawienie włosów. Dolegliwości są dosyć znaczne a mianowicie: bóle, okresy swędzenia i uczucie napięcia skóry. Golenie w znacznym stopniu ułatwia rozszerzaniu się figówki.

Głęboka siedziba zakażenia tłumaczy dostatecznie oporny w leczeniu charakter schorzenia.

Dotychczasowe sposoby leczenia okazały się mało zadawalniające — i to skłoniło lekarzy do szukania nowych sposobów a mianowicie — do leczenia promieniami X.

Z punktu widzenia leczniczego wszystkie figówki podzielić można na 3 grupy: pierwszą — najliczniejszą stanowią przypadki, w których wystarczają słabe naświetlania raz na tydzień, nie wywołujące żadnej utraty owłosienia. Jakkolwiek promienie X in vitro nie mają żadnego działania bakterjobójczego, to stosowane na żywe tkanki w małych dawkach zwiększają siły obronne tkanki przez ich pobudzenie. W tych przypadkach autor stosował co 7 dni ¼ dawki rumieniowej na skórę schorzałą po dokładnem osłonięciu reszty twarzy. Naświetlań takich wykonywał 4 — 5 poczem zwykle następowała poprawa. Następne naświetlania były jeszcze słabsze, do ⅛ dawki rumieniowej w ilości 4 — 10 naświetlań. Pierwszym sygnałem alarmowym, który skłaniał autora do natychmiastowego zaprzestania leczenia, było łatwe i długo utrzymujące się zaczerwienienie twarzy pod wpływem błahych nawet czynników, np. słońce, wiatr, wzruszenia. Barwik, który zjawia się niekiedy po kilku naświetlaniach nie jest przeciwskazaniem do naświetlań, gdyż jest objawem przejściowym. Suchość skóry jest objawem ostrzegającym i wskazującym na konieczność zmniejszenia dawek.

Drugą grupę stanowią przypadki bardziej uporczywe, które wymagają czasowego usunięcia włosów. Dawkę epilacyjną należy zastosować w tych przypadkach, w których 16 naświetlań częściowych nie sprowadziło wyleczenia. W przypadkach, w których obawiamy się podrażnienia promieniami można zastosować połowę dawki epilacyjnej, na skórę i talium aceticum per os w ilości 4 milgrm. na kilogram wagi.

Trzecią grupę stanowią przypadki, w których z chwilą odrośnięcia włosów następuje nawrót figówki. Nawroty bywają tak uciążliwe i długotrwałe, że zachęcają nietylko lekarza ale i chorego do trwałego usunięcia włosów, które i tak przy długiem trwaniu zmian ropnych miejscami nazawsze ulegają zniszczeniu.

Po epilacji wykonanej jak w grupie 2-giej, wykonujemy co 3 tygodnie w ciągu 4-ch do 5-ciu miesięcy naświetlania połową dawki epilacyjnej, bacząc pilnie czy nie pojawia się rumień, który o ile się zjawia,, to zwykle w pierwszych tygodniach tego leczenia.

Autor wyleczył 17 przypadków figówki, naświetlając zawsze bez filtrów. 13 wyleczono tygodniowemi dawkami częściowemi, 4 wywołując czasową depilację.

Z. Jastrzębska.

KRONIKA

KOMUNIKAT KOMITETU MIEJSCOWEGO X. ZJAZDU INTERNISTÓW POLSKICH.

W XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się od 12 — 15 września 1933 r. w Poznaniu, uczestniczy jako jedna z głównych sekcyj lekarskich, sekcja Towarzystwa Internistów Polskich.

Na referaty główne wybrano:

1) Temat: Niedokrwistość złośliwa.
Patogeneza: referent: prof. Dr. T. Tempka.
Klinika: referent: Prof. Dr. Rencki.

2) Temat: Angina pectoris.
Patogeneza: referent: Prof. Dr. Franke.
Klinika: referent: Prof. Dr. Semerau-Siemianowski.

Leczenie chirurgiczne: referent: Prof. Dr. Jurasz.

Komitet Miejscowy zwraca się z prośbą o zgłaszanie prac oryginalnych, pokrewnych powyższym tematom, prac opartych na własnych badaniach i na obserwacjach klinicznych, oraz badań klinicznych i laboratoryjnych, będących w związku z medycyną wewnętrzną, jak i opisów nowych metod badania lub leczenia.

W myśl uchwały Komitetu Organizacyjnego XIV Zjazdu i Przyrodników Polskich należy tematy prac zgłaszać do Komitetu Miejscowego Zjazdu, najpóźniej do 1 kwietnia 1933 r. Oprócz dokładnego tytułu referatu i warsztatu, w którym praca została wykonana, należy równocześnie nadesłać jego streszczenie w języku polskim i francuskim. Powinno ono obejmować w zwięzłej formie cel pracy, zastosowaną metodę i otrzymane wyniki.

We wszystkich sprawach, dotyczących Zjazdu, należy zwracać się do Przewodniczącego Komitetu Miejscowego Prof. Dra. W. Jezierskiego, Poznań, ul. Szkolna 14. — II. Klinika Chorób Wewnętrznych przy Publ. Szpitalu Miejskim, lub do sekretarza Dra. Walerjana Spychały — Publ. Szpital Miejski w Poznaniu.

* * *

Dnia 16 stycznia 1933 roku rozpoczyna Państwowy Zakład Higjeny wyższy kurs bakterjologji, parazytologji i nauki odporności.

Zgłoszenia kierować należy najpóźniej do dnia 15 grudnia 1932 roku pod adresem: Państwowy Zakład Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, Kierownictwo Kursu.

Kandydaci proszeni są o nadsyłanie: 1) podania, 2) dyplomu, 3) ew. świadectwa z odbytej praktyki.

Naczelny Dyrektor:
doc. dr. G. Szulc.

* * *

VIII KURS UZUPEŁNIAJĄCY DLA LEKARZY P. T. „GRUŹLICA I JEJ ZWALCZANIE“. 15.I — 18.III. 1933 r.

Przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej (Departamentu Służby Zdrowia) Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje 9-cio tygodniowy bezpłatny kurs uzupełniający dla lekarzy mających się poświęcić pracy na polu walki z gruźlicą. Obecny kurs trwać będzie od dnia 15 stycznia do dnia 18 marca 1933 r. i uwzględni w pierwszym rzędzie studja praktyczne, jak również obejmie wykłady teoretyczne z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą.

Każdy ze słuchaczów będzie miał możność praktycznego zajmowania się kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w szpitalu i sanatorjum. Nadto każdy ze słuchaczów zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych pracując kolejno w trzech poradniach przez cały czas trwania kursu.

Podania o przyjęcie na kurs należy składać pocztą lub osobiście do biura Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny) do dnia 31 grudnia 1932 r.

Do podania należy dołączyć: 1) curiculum vitae, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji decydującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez 2 lata po ukończeniu kursu. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać sie o przyznanie zwrotnego stypendjum w wysokości 400 zł. O przyjęciu na kurs decydować będzie Komisja Kwalifikacyjna, poczem zostaną wysłane zawiadomienia poszczególnym kandydatom.

Z ukończenia kursu wydane będzie każdemu słuchaczowi odpowiednie zaświadczenie, po uprzedniem złożeniu końcowego colloquium.

* * *

ODEZWA.

Przed laty został zawiązany przez grono lekarzy, przeświadczonych o potrzebie szybkiego rozwoju medycyny lotniczej w Polsce, Komitet, w którego imieniu pozwalamy sobie zwrócić się — już po raz drugi — do szerokich kół lekarzy polskich z następującą odezwą:

Działalność dotychczasowa naszego Komitetu, dążąc wytrwale do wytkniętych sobie celów, zdołała już w dużym stopniu wykonać swe zadania, pomiędzy któremi na pierwszem miejscu należy postawić zbudowanie komory niskich ciśnień, która została otwarta przed rokiem w Centrum badań lotniczo-lekarskich w Warszawie. Rozszerzyła ona znakomicie warsztat pracy doświadczalnej Centrum i dała możność wykonania już kilku prac, dotyczących wpływu niskich ciśnień barometrycznych na organizm ludzki i zwierzęcy. Prace te były referowane na posiedzeniach naukowych Centrum i wkrótce ukażą się w druku.

Dla nadania pracom naukowym, prowadzonym przez lekarzy Centrum, jednolitego kierunku i utrzymania ich na wysokim poziomie — została staraniem Komitetu powołana do życia przez Pana Ministra Spraw Wojskowych „Rada Naukowa Lotniczo-Lekarska“, złożona z Profesorów Uniwersytetu oraz wybitnych przedstawicieli poszczególnych gałęzi wiedzy lękarskiej, mających zastosowanie w badaniach lotniczo-lekarskich.

Ponadto Komitet rozpoczął w roku bieżącym wydawanie specjalnego biuletynu, poświęconego zagadnieniom medycyny lotniczej. W pierwszej połowie roku wyszło 6 zeszytów miesięcznych tego biuletynu p. n. „Medycyna lotnicza w Polsce“, poczynając zaś od 1.VII r. b. miesięcznik ten został przekształcony na kwartalnik p. n. „Polski Przegląd Medycyny Lotniczej“, wydawany nadal przez Komitet przy pomocy „Lekarza Wojskowego“.

Obecnie Komitet stoi przed ważnem zadaniem postawienia na odpowiedniej wysokości lotnictwa sanitarnego w naszym kraju. Zapoczątkowane dzięki szlachetnej i energicznej propagandzie tej idei u nas przez Gen. D-ra Sławoj-Składkowskiego jeszcze przed 10 laty — powstało ono wysiłkiem naszego Wojska i Społeczeństwa, pełniąc już od siedmiu lat swe szczytne zadanie dla dobra żołnierza oraz ludności cywilnej. Niestety, tabor samolotów sanitarnych nie stoi już dziś na wysokości zadania i należy przystąpić niezwłocznie do gruntownej reorganizacji powietrznego transportu sanitarnego tak, aby odpowiadał on rosnącym zapotrzebowaniom. W tej akcji Komitet nasz zamierza wziąć czynny udział — zarówno moralny, jak materjalny, opierając się na współpracy z czynnikami państwowemi i społecznemi.

Dalsze zadania i prace Komitetu będą przystosowywały się do wzmagającego się tempa pracy w zakresie medycyny lotniczej i do rozszerzających się wciąż ram rozwoju naszego Lotnictwa cywilnego i wojskowego. Programy naszych prac, objętych Statutem, są ustalane co roku na Walnych Zgromadzeniach dorocznych wszystkich Członków Komitetu, wśród których radzibyśmy widzieć coraz nowe szeregi interesujących się naszą sprawą.

Bowiem od liczby nowych Członków i żywego ich zainteresowania się losami Medycyny Lotniczej zależy dalszy rozwój tej nowej gałęzi wiedzy i pracy lekarskiej w Polsce.

Zaznaczamy przytem, że wysokość składki członkowskiej jest dowolna, poczynając od 5 zł. rocznie, prenumerata zaś „Polskiego Przeglądu Medycyny Lotniczej“ wynosi 8 zł. rocznie za 4 zeszyty kwartalne. Prenumeratę przyjmuje Administracja „Lekarza Wojskowego“ — ul. Górnośląska 45 (konto czek. P. K. O. Nr. 30209).

Z głębokiem poważaniem

WYDZIAŁ WYKONAWCZY KOMITETU.



(—) Gen. Dr. St. Rouppert — Przewodniczący, (—) Płk. Dr. A. Huszcza — Wice-Przewodniczący, (—) Gen. Dr. W. Horodyński , Dr. K. Vacqueret — Członkowie, (—) Płk. Dr. J. Kawiński — Sekretarz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.